

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

II

2024

МОСКВА

Издание НПА

В соответствии с требованиями Минюста РФ, читать всюду «Независимая психиатрическая ассоциация России» как «Общероссийская общественная организация “Независимая психиатрическая ассоциация России”»

МЕЖДУНАРОДНЫЙ
РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ
ПО ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ
ПСИХИАТРИИ

Альфред Краус (Гейдельберг)
К. В. М. Фулфорд (Варвик)
Майкл Шварц (Бостон)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ю. С. Савенко (гл. редактор)
Ю. Н. Аргунова
И. М. Беккер
М. Е. Бурно
Л. Н. Виноградова (зам. гл. ред.)
Б. А. Воскресенский
П. Ю. Завитаев
С. А. Игумнов
В. Е. Каган
В. А. Кажин
В. В. Мотов
Б. Н. Пивень
П. А. Понизовский
В. Д. Тополянский
А. А. Шмилович

INTERNATIONAL
EDITORIAL COUNCIL
ON PHENOMENOLOGICAL
PSYCHIATRY

Alfred Kraus (Heidelberg)
K. W. M. Fulford (Warwick)
Michael Alan Schwartz (Boston)

EDITORIAL BOARD

Yuri Savenko (Editor-in-Chief)
Yulia Argunova
Isaak Bekker
Mark Burno
Liubov Vinogradova
Boris Voskresensky
Peter Zavitaev
Sergey Igumnov
Victor Kagan
Vitaly Kazin
Vladimir Motov
Boris Piven
Pavel Ponizovsky
Victor Topolyansky
Andrey Shmilovich

Сдано в набор 20.06.2024. Подписано в печать 27.06.2024. Формат 60×84 ¹/₈.
Бумага типографская офсет № 1. Печать офсетная.
Заказ № 2024-2-РА.

Цена свободная

Оригинал-макет подготовлен в издательстве “Фолиум”, 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 157
тел./факс: (499) 258-0828, E-mail: npz@folium.ru
Отпечатано в типографии издательства “Фолиум”, 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 157
тел./факс: +7 499 258-0828.

СОДЕРЖАНИЕ

УТРАТА ЛИДЕРА НПА РОССИИ

Памяти Любови Николаевны Виноградовой (03.06.1952 – 27.05.2024). 5

33-летие Независимого психиатрического журнала 14

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ

Симптомокомплекс ложных узнаваний (клинические варианты
и их диагностическое значение). — В. И. Крылов (Санкт-Петербург). 16

ПСИХОТЕРАПИЯ

Консторумские чтения: «Хорошо» и «Плохо» — взгляд психотерапевта. —
Ю. Савенко, А. Шмилович, Б. Воскресенский, Н. Зуйкова, И. Иванова,
Г. Иванова, М. Бурно, Т. Гоголевич, Л. Махновская, Д. Дмитрук, Е. Елистратова 23

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

Шизотипическое личностное расстройство — пизофренический «спектр»
или собственно расстройство личности и поведения в зрелом возрасте? —
В. В. Мрыхин, А. А. Смирнова (Ростов-на-Дону) 38

ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО

Почему применение принудительных мер медицинского характера
не ограничено предельным сроком? — Ю. Н. Аргунова 59

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

«Психиатрия идет все больше в направлении карательной»
(Интервью Л. Н. Виноградовой 16.09.2022) 65

ОТКЛИКИ, ОБСУЖДЕНИЯ

Невероятные приключения россиян в Индии. — Б. Л. Лихтерман 71

ХРОНИКА

Хроника психиатрии снизу 73

Социально-экономический контекст. 73

Очередное анекдотическое решение. 74

Врачи сообщат полиции о пациентах, склонных к общественно опасному поведению 74

Главный раввин России одергивает пропагандиста. 75

Глядя из Лондона. 18-й Всемирный конгресс по противоречиям в неврологии (CONy) 75

«Университетская клиника психиатрии — союз науки и практики» 79

Конференция в Ростове-на-Дону «PRO ET CONTRA в психиатрии» 81

ИСТОРИЯ

Кончина Александра I. — Виктор Тополянский 84

ВОСПОМИНАНИЯ

Открытое письмо коллегам от товарища по несчастью. — А. В. Немцов 86

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

«Еретические» картины Н. Ге: «Что есть истина?», «Иуда (Совесь)», «Распятие» 94

НЕКРОЛОГИ

Александр Генрихович Гофман (1927 – 2024) 97

Борис Нафанаилович Пивень (1941 – 2024) 99

РЕКОМЕНДАЦИИ 101

АННОТАЦИИ 102

CONTENTS

LOSS OF THE LEADER OF THE IPA OF RUSSIA	
In memory of Lubov Nikolaevna Vinogradova (03.06.1952 – 27.05.2024)	5
33rd anniversary of the Independent Psychiatric Journal	14
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
Symptom complex of false recognitions (clinical variants and their diagnostic significance). — V. I. Krylov (Saint Petersburg)	16
PSYCHOTHERAPY	
Konstorum readings: «Good» and «Bad» — the view of a psychotherapist. — Yu. Savenko, A. Shmilovich, B. Voskresensky, N. Zuikova, I. Ivanova, G. Ivanova, M. Burno, T. Gogolevich, L. Makhnovskaya, D. Dmitruk, E. Elistratova	23
DISCUSSION OF CLINICAL CASE	
Schizotypal personality disorder — «schizophrenia spectrum» or a personality and behavior disorder in adulthood? — V. V. Mrykhin, A. A. Smirnova	38
PSYCHIATRY AND LAW	
Why is the use of compulsory medical measures not limited by a time limit? — Yu. N. Argunova.	59
FROM AN EXPERT'S DOSSIER	
«Psychiatry is increasingly moving towards punitive measures» (Interview with L. N. Vinogradova, 16.09.2022)	65
RESPONSES, DISCUSSIONS	
Incredible adventures of Russians in India. — B. L. Likhterman.	71
CHRONICLE	
Chronicle of psychiatry from below	73
Socio-economic context	73
Another anecdotal solution	74
Doctors will inform the police about patients prone to socially dangerous behavior	74
The Chief Rabbi of Russia reprimands the propagandist	75
Looking from London. 18th World Congress on Controversies in Neuroscience (CONy)	75
«University Clinic of Psychiatry — a union of science and practice»	79
Conference in Rostov-on-Don «PRO ET CONTRA in psychiatry»	81
HISTORY	
Death of Alexander I. — Viktor Topolyansky	84
MEMORIES	
An open letter to colleagues from a fellow sufferer. — A. V. Nemtsov	86
PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVITY	
«Heretical» paintings by N. Ge: «What is truth?», «Judas (Conscience)», «Crucifixion»	94
OBITUARY	
Alexander Genrikhovich Gofman (1927 – 2024).	97
Boris Nafanailovich Piven (1941 – 2024).	99
RECOMMENDATIONS	101
ANNOTATIONS	102

НЕВОСПОЛНИМАЯ УТРАТА ЛИДЕРА НПА РОССИИ

Любовь Николаевна Виноградова
03.06.1952 – 27.05.2024



27 мая, за неделю до 72-летия, после внезапно обнаружившегося рака, ушла из жизни известная правозащитница в области психического здоровья, исполнительный директор Независимой психиатрической ассоциации России и редактор Независимого психиатрического журнала Любовь Николаевна Виноградова, на которой в течение 35-ти лет держалась организационная и практическая деятельность Ассоциации, представляющей нашу страну в Европейской и Всемирной психиатрических ассоциациях.

Любовь Николаевна родилась и училась в центре Москвы, на Никольской улице, между Расстрельным домом и Никольской башней, обстрелянной во время Октябрьского переворота, в семье зав. кафедрой академии Н. Е. Жуковского и руководителя отдела Минсвязи. Ее дед по отцу — видный деятель военной юстиции, участник Токий-

ского процесса. Дед по матери — полковник политслужбы, после своих командировок в Порт-Артур назвал мать Л. Н. единственным в стране именем Ленисуңьята, в честь Ленина и Сунь-Ятсена, и хотел назвать Л. Н. Люба-Мао, но ее отец решительно воспротивился. Вот из какой среды вырос самостоятельно мыслящий человек.

В 8 классе Л. Н. выиграла математическую олимпиаду и была принята в математическую школу, где и проучилась 2 года, а затем окончила с отличием психологический факультет МГУ по специальности клинический психолог. С 18 лет начала жить самостоятельно. Под руководством известного нейро- и психофизиолога Л. П. Латаша, сподвижника автора «физиологии активности» Н. А. Бернштейна, продвигавшего с сыном «Бернштейновские чтения» и в Соединенных Штатах. Л. Н. подготовила диссертацию по математическим моделям памяти,

но эмиграция шефа сорвала защиту. Накануне Лев Павлович Латаш привел Л. Н. ко мне обучаться тесту Роршаха. Работала научным сотрудником в институте акад. Г. А. Пашиняна в лаборатории А. Ю. Магалифа, а потом в отделе проф. А. Г. Гофмана в институте психиатрии, директором которого был проф. В. Н. Краснов.

Когда в 1979 г. меня окончательно изгнали из науки, мы решили эмигрировать. В течение года боролись за это, но высокопоставленные родители не дали согласия и сохранили таким образом для последующей деятельности. Но за прошедшие до создания НПА в 1989 г. 10 лет Л. Н. подарила мне сына и дочь, числясь секретарем проф. А. К. Ануфриева.

47 лет жизни и 35 лет деятельности в НПА России Любовь Николаевна разделяла со мной все трудности на пути Ассоциации. Была организатором серии недельных загородных междисциплинарных семинаров с участием немецких и американских психиатров «Восполнение пробелов отечественной психиатрии».

Участница громких судебно-психиатрических и комплексных экспертиз от полковника Ю. Буданова до якутского шамана А. Габышева и мн. др., как высококвалифицированный психолог, применяющий методы лаборатории Б. Зейгарник, а также метод Роршаха, ТАТ, ММРІ и др.

Любовь Николаевна участвовала в организации НПА, а в 1992 г. была соучредителем Российского Центра по правам человека¹, объединившего 10 известных правозащитных организаций. 17 лет была членом Общественного Совета Уполномоченных по правам человека, принимала активное участие в анализе и продвижении правовых инициатив. Огромные многолетние время и силы были потрачены на попытки реализации создания, записанной в законе о психиатрической помощи «Службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах» (ст. 38).

В 2004 г. Л. Н. совместно с Московской Хельсинской группой¹ обобщила и математически обработала материалы грандиозного мониторинга «Права человека и психиат-

рия в Российской Федерации», изданного двумя книгами на русском и английском языках. Этот уникальный труд был высоко оценен руководством Всемирной психиатрической ассоциации.

Л. Н. — автор большинства текстов книги «Предотвращение суицидов в армии» (В. Ф. Войцех, Л. Н. Виноградова, Ю. С. Савенко, Москва, 2008 г.), принятой Министерством обороны в качестве руководства для военных психологов.

С 2006 по 2024 гг. вышли четыре 700-страничных тома «Клинические разборы в психиатрической практике», используемые в обучении как школа профессионализма. ЛН тщательно вычитала их как научный и литературный соредактор.

Она — автор актуальных работ в каждом выпуске Независимого психиатрического журнала и в масс-медиа о состоянии судебно-психиатрической экспертизы, посттравматическом стрессовом расстройстве, о разрушительной реформе оптимизации службы здравоохранения и др., не считая многочисленных интервью разным изданиям. Была автором и соредактором с В. М. Гефтером и др. большой серии книг о различных ракурсах общественного контроля соблюдения прав в закрытых учреждениях, оказания им медицинской и психологической помощи, соблюдения этики, освобождения тяжелобольных (от «PUBLIC CONTROL over human rights observance in Russia's closed institutions», 2007 до «Права пациентов психиатрических стационаров и экспертных отделений и основы общественного контроля за их соблюдением. В помощь сотрудникам», 2023)

Невозможно перечислить сделанное ею за 35 лет.

В последние годы Л. Н. обучала членов общественных наблюдательных комиссий по всей стране от Владивостока до Калининграда проверять соблюдение прав и условий содержания в психиатрических и тюремных больницах и психоневрологический интернатах, и помогая советами множеству людей в общественной приемной Ассоциации, взаимодействуя с многими общественными организациями.

Но основное удовлетворение Любовь Николаевна получала от действенной помощи множеству людей, что ей удавалось изобре-

¹ Внесен в реестр иностранных агентов.

тательно в каждом конкретном случае, и теперь видно насколько ей благодарны.

Скоротечный острый период болезни обнаружил редкий стоицизм, с которым она переносила мучительную болезнь и отношение к бесперспективным больным, как прежде многое другое.

На гражданскую панихиду приехало до 40 человек, в основном выдающие правозащитники, оставшиеся в стране. Прочувствованные речи отражали боль утраты. Волна глубокого сочувствия, благодарности, восхищения, примера для всех просветляла, но все же обжигала тем, как мало мы ценим то,

что имеем, еще не потеряв. Она была незаменимой и, вопреки расхожему у нас мнению, роль личности — неуничтожимо важный фактор в любом деле.

Её человеческие качества надежного светлого человека, с которым всем было легко, который брал наиболее трудную и ответственную работу на себя, неформальная преданность своему делу, чуткость к обращающимся за помощью останутся достойным примером высокогуманного профессионализма.

Ю. С. Савенко

Из выступлений на прощании

ВАЛЕРИЙ БОРЩЕВ

Мы потеряли не только прекрасного человека, но и яркого правозащитника. Независимая психиатрическая ассоциация и Любовь Николаевна как один из руководителей НПА дали новое направление в правозащитном движении в борьбе с карательной психиатрией. И раньше правозащитники боролись с карательной психиатрией. Но НПА и Любовь Николаевна подняли эту борьбу на новый уровень. Я был на одном обсуждении, где присутствовали представители карательной психиатрии. Они держались вызывающе, видимо, почувствовали, что настает их время. От их выступления у меня kloкотало все в груди. Но вот выступила Любовь Николаевна, и спокойно, аргументировано, профессионально как специалист просто уничтожила их аргументацию. Нам очень будет не хватать Любовь Николаевны Виноградовой.

ВАЛЕНТИНА МЕЛЬНИКОВА, СОЮЗ КОМИТЕТОВ СОЛДАТСКИХ МАТЕРЕЙ РОССИИ

Смерть Любви Николаевны огромная потеря для тысяч людей. О ней с благодарностью помнят солдаты, пришедшие из плена, которым она помогала вернуться в мирную жизнь, тысячи больных призывников, получивших защиту от незаконной отправки в армию. Любовь Николаевна всегда ис-

кала и находила правильный способ защиты, законный выход из опасной ситуации.

В сложные периоды истории Центра по правам человека Любовь Николаевна спасала организацию, взваливала на свои хрупкие плечики ответственность директора. Её проекты были важны и актуальны для правозащитного сообщества. Она всегда откликнулась на просьбы коллег, консультировала, давала важные рекомендации. Любовь Николаевна умела гасить конфликты, сохранять сотрудничество и человеческие отношения в Центре.

Тяжёлые времена подорвали её здоровье. Прости нас, Люба, мы не сберегли тебя! Память о прекрасной женщине и отважной правозащитнице навсегда в наших сердцах.

БОРИС АЛЬТШУЛЕР («РОО ПРАВО РЕБЕНКА»), ЧЛЕНЫ МОСКОВСКОГО ДОМА ПРАВ ЧЕЛОВЕКА

Любовь Николаевна была мотором НПА в целом и важнейшего направления ее деятельности — общественной приемной, в начале, более 30 лет, в рамках объединения «Российский исследовательский центр по правам человека¹», а после его закрытия в 2022 г.(?) в рамках неформального объединения «Московский дом прав человека». Скольким людям она помогла, сколько лю-

¹ Внесен в реестр «иностраннных агентов».

дей спасла! А ведь защита прав человека в сфере психиатрии имеет свою специфику, это ведь особый контингент — как жертвы, так и те, кто их права нарушает, будь то представители государственной психиатрии, прокуроры или судьи. Любовь Николаевна умела добиваться своего, не раз суды учитывали ее экспертные заключения. И Любовь Николаевна умела говорить со всеми — спокойно, доброжелательно, позитивно, конструктивно. И общение с ней всегда как-то успокаивало, невольно внушало оптимизм, легче становилось на душе.

Это было особенно ценно сейчас в наше такое гнетущее время. Прощайте, дорогая Любовь Николаевна, нам Вас очень будет не хватать!

ВАЛЕНТИН ГЕФТЕР

Оставшись без Любы жить, на 9-ый день с ее смерти сложилось основа такое четверостишие:

«Отлетела душа Любы. В прах
Тело превращается, меня опередив.
Не успевали уберечь ее
В сердцах ропщу на Бога:
как несправедлив».

Мы 13 лет шли рядом друг с другом, работая вместе на поприще общественного контроля принудительного содержания. Сначала это был проект Совета Европы, инициированный Владимиром Петровичем Лукиным, с нашей подачи и других правозащитников, в котором сначала я был директором, потом стала Люба, но мы продолжали рядом вместе организовывать экспертные встречи, семинары, но в первую очередь подготовку основ ОНК первых ее составов, их подготовку и контакты с другими европейскими структурами ОНК, самим Советом Европы, ездили по разным странам, начиная со Страсбурга и потом были в Белграде, и в Ереване, но в основном, конечно, по России.

Когда проект закончился, мы переключились на другую работу, но продолжали вместе, больше заботясь об уже такой структуре, как психиатрические стационары, в первую очередь принудительного содержания и, ко-

нечно, о конкретных больных. Начали готовить похожую работу с уже тогдашнем во второй половине 10-х годов ОНК в регионах, очень много сил тратили на то, чтобы создать службу правозащитной помощи людям с психическими расстройствами, учреждения ее на уровне закона, на уровне каких-то инструкций для ОНК и сотрудников. Проводились семинары в разных регионах. Очень много с Любой ездили по России от Владивостока до Калининграда. Она была очень подвижным человеком, и можно сказать подвижницей этого дела. Не все, конечно, получалось, но все-таки мы добились вместе с другими тогдашними членами СПЧ, Андреем Бабушкиным, Евой Меркачевой, более-менее позитивного приказа Минздрава после того, как в места принудительного содержания законодательно включил и психиатрические стационары, добились приказа, в котором регулировалось посещение членами ОНК закрытых учреждений.

Много времени и сил и душевных в первую очередь Любиных тратили на это трудное, но благородное, благодатное дело, потому что люди с психическими расстройствами в местах принудительного содержания — это очень уязвимая категория и оказалось, что им еще тяжелее часто, чем людям, находящимся в пеницитарных учреждениях, а во-вторых потому, что и персонал этих учреждений, и даже врачи не были готовы к тому, чтобы защищать и обеспечивать их права как полноценных людей и граждан.

Но кроме этого мы просто еще дружили, проводя много времени в командировках в разные города. Это было самое теплое в моей правозащитной 30 летней работе, может быть самое теплое дружеское взаимодействие с человеком, с которым не во всем сходились, конечно, иногда даже были расхождения, но Любина терпимость, Любино желание найти позитивный выход из любой даже не очень понятной ситуации, всегда побеждали, и это ее свойство и это ее человеческая женская теплота помогала очень многим людям, и мне тоже. Это был человек нежной чистейшей души и ее потере невозможно подобрать слова.

НАТАЛЬЯ ДЗЯДКО (АБРАМКИНСКИЙ ЦЕНТР)

Мы потеряли друга. Долгие годы мы были рядом, «за соседней дверью» на Лучниковом, встречались почти ежедневно. Объединяла нас не только география — сначала был РИЦПЧ¹, потом Дом прав человека, сейчас — Абрамкинские чтения. Такие простые правозащитные будни со множеством ежедневных проблем, справиться с которыми можно только если рядом надежный друг — Любовь Николаевна, умная и деликатная. Она всегда трезво оценивала ситуацию — без паники и без розовых очков, на ее помощь всегда можно было рассчитывать — не мешала официальная дистанция, мы были на «Вы» — друзьями и партнерами, на круглых столах очно и в зуме, на дружеских встречах с ее тыквенно-творожными запеканками и подарками каждому, на обсуждении самых важных сегодняшних проблем... Не поддаться ее обаянию было невозможно, она задавала тон любому обсуждению, не позволяла забывать о главном. Твердость Любви Николаевны поразительная во всем — она сказала, что не будет отмечать день рождения, пока не закончится война — так и случилось..

Вспомнишь Любовь Николаевну — и хочется выпрямиться и продолжить наше общее дело.

Самая светлая память Любви Николаевне Виноградовой.

АЛЕКСЕЙ СМЕРНОВ (ОСНОВАТЕЛЬ И ПЕРВЫЙ ДИРЕКТОР ЦЕНТРА)

Любовь Николаевна... Я обращался — Люба, но на Вы. Как и она ко мне.

Люба работала в одной из лучших Групп НПА (Независимая психиатрическая Ассоциация) нашего Центра по правам человека.

Оправдательно-ироничное выражение «время было такое» для начала 90-х работало реально и без сарказма — страна разрушена, гос. институты по защите людей не работают, никто не знает, что с ними будет дальше. Вот и вызвались общественники сами защищать права человека. Даже приписка такая была: надо помогать людям.

Пусть несколько пафосно, но абсолютно точно и правдиво.

В Центр, где собрались почти 10 разнопрофильных общественных организаций, обращались до 12 тыс. чел в год (статистика нашей Общей Приемной). Но в НПА приём был особенно тяжелым — туда же обращались не всегда адекватные просители. Иногда складывалось ощущение, что вся страна нездорова. Да так оно, возможно, и было. На Центр пришлась огромная волна народного горя и страдания. И, конечно же, это отражалось на нас, членах Центра, и очень сильно. Не все выдерживали, особенно организаторы, управленцы, на которых падала основная часть работы. Впрочем, неправильно называть это работой. Это было призвание, общественное служение, миссия добровольная — защита прав человека или, кратко, «правозащита».

Не все, повторяю, выдерживали, даже умирали. И шло выгорание людей от невероятно большой физической и психологической нагрузки. Меня самого хватило едва на пять лет (так вот почему такое ограничение!), выгорел. На смену, на тяжелейший пост Директора Центра, пришла Люба. И тоже не выдержала долго, сгорела.

Но разве не лучше так уйти? В бою, в движении, в понимании пользы своего дела? А не тихо и бессмысленно на диване?

ЗОЯ СВЕТОВА, ЖУРНАЛИСТ

У Любви Николаевны Виноградовой было удивительное свойство: когда ты говорил с ней, оказывался с ней рядом, возникало ощущение, что зло можно победить, что зло может отступить. Она так была уверена в том, что делает, в том, что людям, которые приходили к ней за помощью, обязательно нужно и можно помочь, что эта уверенность в несомненной победе добра над злом передавалась как бы по цепочке, и становилось легче на душе. Всегда подтянутая, легкая, элегантная, настоящая русская интеллигентка. Она сохраняла оптимизм.

Из присланных писем

**СВЕТЛАНА АСТРАХАНЦЕВА,
РОССИЙСКАЯ ХЕЛЬСИНКСКАЯ ГРУППА,
ЦЕНТР ПРАВ ЧЕЛОВЕКА, МОСКВА**

Любовь Николаевна Виноградова, выдающаяся личность в области психиатрии и правозащиты, ушла из жизни, оставив значительное наследие. Начав свой профессиональный путь в советские времена, она была одним из немногих отважных людей, противостоящих карательной психиатрии. Её неустанная работа и преданность делу помогли многим людям, несправедливо пострадавшим от использования психиатрии в политических и других немедицинских целях.

Любовь Николаевна активно продвигала идеи гуманизма, справедливости и прав человека в психиатрической практике. Во многом благодаря её усилиям в стране стали возможны значительные реформы в области психиатрии и защиты прав пациентов.

Вместе с коллегами из НПА, Любовь Виноградова не только боролась за права тех, кто был неправомерно помещён в психиатрические учреждения, но и оказывала поддержку их семьям, консультируя и помогая восстанавливать справедливость. Её имя стало символом честности, профессионализма и безграничной преданности своему делу.

Наши юристы и дружественные адвокаты часто обращались к Любви Николаевне за помощью в связи с поступающими в МХГ письмами и обращениями. На протяжении десятков лет мы, непрофессионалы в сфере психиатрии, получали огромный багаж практических знаний о немедицинском использовании психиатрии и навыки работы по жалобам людей с ментальными или поведенческими отклонениями. Любовь Николаевна была нашим настоящим наставником.

Вместе с нами она всегда переживала за будущее правозащиты в России, стараясь в меру своих сил искать точки взаимодействия, сотрудничества и взаимной поддержки.

Два года назад, прощаясь с ушедшим из жизни Бабушкиным, я испытала одновре-

менно шок от утраты и оторопь от её невосполнимости, от образовавшейся пустоты. Известие о скоростижной кончине Любви Николаевны, энергичной, молодой душой, деятельной, стало таким же шоком. Но я знаю, что Любовь Николаевна была двигателем огромного независимого профессионального сообщества, и это знание придаёт силы и надежду: дело всей её жизни будет жить!

Любовь Николаевна навсегда останется в памяти тех, кто знал её лично и профессионально, как светлый пример стойкости и милосердия. Её деятельность вдохновила и продолжает вдохновлять новое поколение психиатров и правозащитников, которые, я очень надеюсь, будут продолжать её дело, отстаивая права и достоинства каждого человека.

Память о Любви Николаевне Виноградовой будет жить в наших сердцах и в сердцах всех, кому она помогла своим трудом и душевным теплом. Она оставила глубокий след в истории психиатрии и правозащитного движения в России, и её наследие будет служить важным ориентиром для будущих поколений. Любовь Николаевна навсегда останется с нами.

ЛЕВ ЛЕВИНСОН

Скорблю вместе с Вами по Любви Николаевне, прекрасной светлой, доброй... Скольким людям помогла Любовь Николаевна. Как тщательно по каждой жалобе. Как легко и интересно было с ней общаться и вместе работать.

**АЛЕКСАНДР НЕМЦОВ, ДМН,
СОТРУДНИК ИНСТИТУТА ПСИХИАТРИИ
С 60-Х ГОДОВ**

Я всегда знал, что герои живут среди нас. И когда нужен был живой, без осечки пример, первым в памяти всплывал образ Любы Виноградовой, скромной труженицы больших и малых дел. Десятков больших и сотен малых дел помощи людям, попавшим в беду.

Это было главным делом последних ее тридцати или сорока лет из семидесяти, ей отпущенных. Светлая память этой замечательной женщины.

**ЮРИЙ САМОДУРОВ,
ПЕРВЫЙ ДИРЕКТОР ЦЕНТРА
ИМ. АНДРЕЯ САХАРОВА**

«Независимый психиатрический журнал» я считал и считаю уникальным и очень важным для нашей страны и нашего общества. И я очень благодарен Любове Николаевне и Юрию Сергеевичу за то, что он выходил. Надеюсь, он будет выходить и дальше.

Испытываю светлую и благодарную память к Любове Николаевне за то, что она делала и сделала и огромное чувство сожаления с ее кончиной.

**БОЛЕСЛАВ ЛИХТЕРМАН, ДМН,
«МЕДИЦИНСКАЯ ГАЗЕТА»**

Комментарии Любове Николаевны по актуальным проблемам психиатрии публиковались на страницах «Медицинской газеты». Последние посвящены посттравматическому стрессовому расстройству и проекту постановления правительства об ограничении прав душевнобольных. Она была удивительно светлым, доброжелательным и интеллигентным человеком.

**ВИКТОРИЯ ВЕРА ТЫКОЦКАЯ
(ОТ ПОСЕТИТЕЛЕЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ
ПРИЕМНОЙ НПА)**

Да, рядом с Любовью Николаевной все чувствовали себя счастливыми. Как и приезжая в НПА, общаясь там. Возникла абсолютная уверенность, что все хорошо, и все будет хорошо, и это твои самые родные близкие люди.

**МАРИ ДАВТЯН, АДВОКАТ
(КОНСОРЦИУМ ЖЕНСКИХ
НЕПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫХ ОБЪЕДИНЕНИЙ)**

Я знакома с Любовью Николаевной с 2007 года и всегда поражалась остроте ее мышления, самообладанию, чувству юмора

и способности в самых сложных и страшных случаях видеть светлые возможности изменить ситуацию к лучшему.

Любовь Николаевна посвятила свою жизнь гуманизации российской психиатрии и борьбе со стигматизацией психических расстройств. Она входила в ОНК и помогала адвокатам в судебных делах. Благодаря ей и НПАР во многих закрытых психиатрических стационарах изменялись условия содержания пациентов, с помощью ее заключений удавалось избежать принудительной госпитализации человека или лишения его родительских прав.

Она верила в то, что можно заставить систему в каждом видеть человека.

Консорциум тесно работал с Ассоциацией — вместе мы запустили (<http://npar.ru/vnimanie-novyy-proekt-pomoshhi-zhenshhi-nam-s-psihicheskimi-rasstrojstvami-nahodyashhimisya-v-situaczii-domashnego-nasiliya/>) проект совместной помощи женщинам с психическими расстройствами, находящимися в ситуации домашнего насилия.

У нас выходило большое интервью с Любовью Николаевной о том, как изменилась система психиатрической помощи с 90-х годов, чем опасен бред ревности, о пользе зеркал для пациентов и о том, почему сегодняшнее телевидение вредно для душевного здоровья.

Редакция журнала помещает это интервью в Досье эксперта настоящего выпуска.

АБДУЛЛА ДУДУЕВ

Мы сидели на одном этаже в Центре многие годы. Подвижничество Любови Николаевны восхищало, её вклад в деятельность Российского центра по правам человека¹ не оценим. Ей безоговорочно доверяли коллеги и партнеры, ее безукоризненной честности и глубокой порядочности.

Лет 14 назад, когда хрупкая, интеллигентнейшая Любовь Николаевна по собственной инициативе, горой встала за нас с

¹ Внесен в реестр иностранных агентов.

коллегой в ответственный момент... И до самого закрытия Центра в конце 2022 года, продолжался один из успешных этапов развития нашего «Центра кавказской инициативы» и журнала «ДОШ²».

С ней было удивительно приятно общаться и работать, в то же время присутствие рядом такого человека держало в тонусе, не позволяя расслабиться. Ее требовательность и чувство ответственности всегда напоминали, с кем ты имеешь дело. Была в ней аристократичность, врожденная и отшлифованная культурой. Незабываемы ее обаятельная легкость, изящество и утонченность во всем — в манере говорить, держаться, в осанке и неизменной изысканности нарядов. Всякое мероприятие, будь то конференция, круглый стол или просто заседание нашего правления, она умела вести неофици-

озно, в своем неповторимо непринужденном стиле. У неё был дар, в наши времена поистине бесценный — в самых трудных, подчас безнадежных ситуациях вселять в окружающих оптимизм. Не обольщаясь, трезво оценивая реальность. Умела собраться и действовать, не давая себе поблажки, она стойчески, с великолепным достоинством преодолевала их сама.

Прощайте, Любовь Николаевна! Я с благодарностью сохраню трогательные и светлые воспоминания о Вас, которую никто и никогда не заменит. Нет слов, как не хватает Вас уже сейчас. И знаю: будет не хватать всегда.

² Внесены в реестр иностранных агентов.

Последние недели жизни

На прощание приехал из Санкт-Петербурга известный адвокат Дмитрий Бартеньев, глубокая приязнь и уважение к которому мы с ЛН испытывали. Неоценимую помощь оказали Валентин Гефтер — друг Любы и Александр Подрабинек. Из коллег-психиатров, не только членов Ассоциации, Б. А. Воскресенский и В. В. Мотов, В. Н. Краснов и Б. Д. Цыганков. Сущий шквал звонков, писем и просто откликов от друзей, соратников, благодарность посетителей, даже из Австралии, Германии, Израиля, Соединенных штатов поражал быстротой огласки, благодарной памяти о сделанном Любой Виноградовой — «Вы так были всем нам нужны»...

В день прощания проходила конференция кафедры психиатрии Московского медицинского университета им. Н. И. Пирогова с участием студентов, собравшая с онлайн до 800 участников и председатель проф. А. А. Шмилович и проф. В. Н. Краснов упомянули ЛН и подняли зал на минуту молчания.

Для меня это не только личное горе. Это конец целой 35-летней эпохи деятельности уникальной НПА России, вписавшей дос-

тоиную страницу в историю отечественной психиатрии, сохранившей гуманный авторитет. Я не сумел передать в своем некрологе, чем была на деле Любовь Николаевна, уровень и разносторонность ее жизни и деятельности, а главное, что вопреки всем препятствиям, которые ее не сломили, и на протяжении жизни, и в последний год, когда тяжелый ковид, а затем перелом позвоночника сорвали ее выступления на конгрессах Европейской в Париже и Всемирной в Вене психиатрических ассоциаций и правозащитной в Варшаве и много другое. До последнего дня она оттачивала свой уже далеко продвинутый разговорный английский и руководила деятельностью Ассоциации в крайне неблагоприятных условиях мелких придинок Минюста, опираясь на широкую поддержку правозащитного и профессионального сообществ.

Ошибочно квалифицированная болезнь, несмотря на динамические разносторонние исследования, обострившаяся, когда она вела поминки по проф. А. Г. Гофману, не сломили ее планов передышки: мы поехали в Пятигорск, где, превозмогая болезнь, она

посетила последние Лермонтовские места, но на заветный для нас Домбай сил уже не хватило. Ошибочный диагноз повлек ошибочное лечение, только ухудшив состояние. Мы постоянно натывались в ответственные моменты на праздничные и выходные дни. Поступив по скорой помощи в клинику больницу 81 им. В. В. Вересаева, мы было вздохнули спокойно. Но лапароскопия показала ошеломившую нас с сыном картину запущенного, уже IV стадии онкологического процесса с частичной непроходимостью. Но вместо выведения стомы ЛН выписали, якобы с улучшением, как бесперспективную больную. Врачи даже постеснялись проститься и дать необходимые советы. После-

довали 8 мучительных для ЛН дней преодоления пошаговых барьеров для стационарирования в онкологическую больницу № 62 в Истре, куда были направлены мощные письма поддержки. Но главный врач был в отпуске. ЛН проявила редкий стоицизм, поражающий окружающих, но погибла через два дня после операции в 62 больнице. Мы увидели на себе, что значит формальный порядок без гуманного отношения, естественного для медицины, для традиций того же Вересаева.

ЛН проявила в свой смертный час непреклонное достоинство.

Ю. С. Савенко

РЕКОМЕНДУЕМ!

Бруно Беттельхейм. Просвещенное сердце. Автономия личности в тоталитарном обществе. Как остаться человеком в нечеловеческих условиях. М., 2024.

РЕКОМЕНДУЕМ!

Андрей Бабушкин.
Правозащитник, политик, поэт. Сост. Ф. Ридницкий.
Ярославль, 2024.

24-й Всемирный Конгресс WPA (в партнерстве с Мексиканской психиатрической ассоциацией) НОВЫЕ ГОРИЗОНТЫ ДЛЯ ВСЕОБЩЕГО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

14 – 17 ноября 2024 г., Мехико, Мексика

<https://wcp2024.kenes.com>

33-летие Независимого психиатрического журнала

Всего три года прошло с юбилейного выпуска нашего журнала, посвященного его 30-летию (2021, 1), где подводился итог корпусу публикаций, запечатлевших без грима и купюр историю отечественной психиатрии за это турбулентное время. Психиатрия, как наука и профессия, и мы сами, как Всесоюзная, Российская и впервые самоорганизованная Независимая ассоциация были тонкими индикаторами грандиозных переломных процессов истории страны. Но спустя год неожиданно грянули ошеломляющие события, одним броском возвращающие нас на 30 лет назад, в отличие от растянувшейся на 15 лет разрушительной реформы оптимизации здравоохранения. Насмешкой выглядит то, как пригодились бы теперь уничтоженный исторический центр психотерапии им. Ю. В. Каннабиха в Покровском-Глебово и мн. др. лечебные учреждения.

Ошеломительность 22.2.22 вызвала неутрачивающую волну радиокомментариев, экспрессивно злоупотребляющих психиатрической лексикой. Между тем этот сценарий чисто рационально вызревал все эти тридцать лет и общественных примет этого было предостаточно, особенно в нашем предмете, в его переходе на военные рельсы, в открыто провозглашенных приоритетах: «нам нужны грамотные исполнители, а не креативные специалисты», в культе дисциплины, когда лояльность ценится выше компетентности.

Спортивные «бои без правил» это десенсибилизация общества к «гибридным» методам борьбы. Но в этом нет ничего нового со времен Древнего мира¹.

Основная борьба в нашу эпоху развернулась на информационном поле за чувства и умы людей, за методы манипулирования со времени телесуггестии Анатолия Кашпи-

ровского и других массовых социальных экспериментов.

Однако 33 года — хорошо известный роковой возраст, и как любой возраст имеет конец, как в матанализе любая последовательность имеет предел. Буквально все может быть переведено на этот язык, подобно преждевременно оставленному понятию «умственного возраста» — но конец жизни конкретных профессий и учреждений, научных теорий и направлений, империй и их памятников вытесняется, подобно памятнику генерала Скобелева, а потом Свободы против Моссовета. Уже более столетия со времен Первой мировой войны говорят о гибели культуры и гуманизма, а с 1940 г. и 1960 г. о смерти психиатрии.

Высоко значимо, что именно палеонтологи сформулировали два закона или правила Копы и Депере, которые являются универсальными гомологичными в отношении широкого круга самых разнообразных явлений — закономерности их развития и срока жизни. Прелюдией вымирания является как переразвитие, так и возврат к примитивным типам (J. V. C. Haldane, 1930).

Согласно правилу Эдуарда Копы (E. Cope, 1871), специализация ведет к утрате эволюционной пластичности и при радикальном изменении среды к вымиранию. А согласно правилу Шарля Деперё или закону прогрессирующей специализации (Ch. Deperet, 1907), гомологичные этому этапы развития мы обнаруживаем в любом развитии — научных направлений, общественных организаций и различных профессий, все они претерпевают сходную эволюцию, общие черты которой составляют отдельную математически обоснованную метатеорию.

Так и психиатрия разветвилась на «большую» и пограничную, стационарную и амбулаторную, клиническую и организационную, на детскую, геронтологическую и более узкие, эндогенные и экзогенно-органические психозы, суицидологию, сексологию,

¹ Майор А. История биологического и химического оружия Древнего мира. — М., 2023

судебную, пенитенциарную и т.д. до такой степени, что мы, как и в других медицинских профессиях, имеем дело с такой узкой специализацией, когда опасно обращаться сразу к узкому специалисту, а лучше начинать с простого врача общей практики. В этой связи можно говорить, в соответствии с законом Деперё, о смерти психиатрии как прадедушки многочисленного разбежавшегося в разные стороны потомства, забывающего о более высоком клиническом уровне прародителя.

То же самое произошло и с научными журналами: вместо одного, в котором было наиболее значимое обо всем, теперь только отечественных их два десятка.

В этом отношении Независимый психиатрический журнал является одним из немногих, а в ряде проблем единственным, где освещается проблематика психиатрии не только в широком профессионально-интердисциплинарном отношении, не только теоретических и философских оснований психиатрии и общенаучной методологии, но в исторической перспективе различных контекстов, а также то, что избегается в других журналах. Что касается «смерти феноменологии», то это означает лишь сокращение масштабов ее применения, так как в переживаемое нами время упадка условия благоприятствуют бихевиористическим методам, как намного более доступным.

Но смерть — понятие адекватное только по отношению к конкретному живому суще-

ству, всё остальное претерпевает метаморфоз, трансформации, всевозможные подобию анабиоза, спорообразования, мимикрии... — природа изобрела их бесчисленное многообразие, которому следует учиться, эффективность чего показала бионика. Неискоренимости чумы в прямом и переносном смысле посвящен выдающийся роман-притча Альбера Камю. Теперь приходится говорить о неискоренимости выживших от чумы.

Нельзя не упомянуть уникальную особенность нашего журнала — публикацию клинических разборов А. А. Шмиловича, которые многие читают в первую очередь, к сожалению, не вступая в полемику, а также активные отклики на горячие события И. М. Беккера, переводы немецкой психиатрической классики П. Ю. Завитаева и документированные разоблачения исторической мифологии В. Д. Тополянского, психотерапевтические работы М. Ю. Бурно, Б. А. Вокресенского, В. Е. Кагана, уникальную юридическую рубрику Ю. Н. Аргуновой и огромный труд и творческий вклад, помимо редактирования и изложения экспертной и общественной деятельности Ассоциации Л. Н. Виноградовой и, конечно, наших авторов, которых не смущает нерейтинговый и независимый характер журнала, которые ценят выше его неформальный статус.

Ю. С. Савенко

Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы и возможные пути решения

28 октября 2024 г. Москва.

Руководитель Программного комитета и ведущий спикер:
профессор Георгий Петрович Костюк.

**Подробная информация, актуальная программа и предварительная
онлайн-регистрация: <https://clck.ru/393viL>**

https://med-marketing.ru/meropriyatiya/meropriyatiya_2215.html

Симптомокомплекс ложных узнаваний (клинические варианты и их диагностическое значение)

В. И. Крылов (Санкт-Петербург)

В публикации анализируются клинические проявления симптомокомплекса ложных узнаваний, наблюдаемого как при психических расстройствах невротического, так и психотического уровня. Подчеркивается, что нарушения узнавания и идентификации могут наблюдаться и у лиц без психических нарушений. Выделены структурные особенности и динамические характеристики ложных узнаваний, имеющие диагностическое и прогностическое значение при синдромальной и нозологической диагностике.

Ключевые слова: общая психопатология, симптомокомплекс, ложные узнавания.

Ложные узнавания занимают особое положение в семиотике психических и поведенческих расстройств. С известной долей условности ложные узнавания в различных литературных источниках рассматриваются в качестве особых вариантов обманов восприятия либо бредовых идей. В литературе при квалификации ложных узнаваний используются различные термины «расстройство идентификации», «симптом нераспознавания», «бредовое нарушение идентификации», «иллюзии двойников», «бред ложных двойников». До настоящего времени не определены феноменологические и психопатологические границы данной группы расстройств, отсутствует единая общепринятая систематика ложных узнаваний.

Ложные узнавания наблюдаются при широком круге расстройств как невротического, так и психотического уровня различной этиологии. В связи с этим рассмотрение феноменологических особенностей, психопатологической структуры, динамики, диагностического и прогностического значения ложных узнаваний является одной из актуальных задач клинической психиатрии.

Узнавание и воспроизведение — два важнейших компонента памяти. Именно благодаря узнаванию и воспроизведению происходит извлечение из долговременной памяти необходимой информации. Узнавание представляет собой опознание субъектом того, что настоящий образ переживается повторно, про-

исходит идентификация объекта с образом памяти, известным по прошлому опыту.

Следствием узнавания является частичная либо полная идентификация объекта как ранее знакомого, либо не знакомого. Узнавание может иметь неопределенный либо предельно конкретный характер. В первом случае человек переживает только чувство знакомости объекта, тогда как отождествление нового объекта с каким либо объектом, ранее знакомым не происходит. Во втором случае мы сразу узнаем определенного человека как конкретное лицо, жизненную ситуацию, имевшую место в нашей жизни.

Лингвистический анализ ключевых понятий, имеющих непосредственное отношение к феноменологии ложных узнаваний, свидетельствует о том, что термины узнавание и отождествление являются близкими по смыслу, но не идентичными понятиями. В толковых словарях русского языка в качестве синонимов к слову узнавать приводятся наряду с глаголами опознать, выяснить приводятся и такие глаголы отличать и различать. Таким образом, узнавание предполагает установление индивидуальных особенностей, не только сходства, но и различий, а не тождественности, аутентичность сравниваемых объектов.

В качестве синонимов к глаголу идентифицировать рассматриваются слова сопоставлять, сравнивать, устанавливать идентичность, тождественность. Существительное тождественность не является синони-

мом существенного сходства. Сходство не означает тождественность.

Ложные узнавания могут основываться на любых доступных непосредственному восприятию особенностях внешнего облика — чертах лица, модальности и модуляции голоса, особенностях мимики, пантомимики, моторики субъекта.

Ложная идентификация может наблюдаться даже при частичном или полном несоответствии внешнего вида объекта узнавания с реальным внешним обликом близкого родственника или хорошего знакомого. Различия во внешнем виде объясняются больными использованием гримировки, специальных масок.

Принципиальное на наш взгляд значение рассмотрение вопроса о соотношении понятий синдром и симптомокомплекс. Симптомокомплекс понимается нами как группа симптомов часто сочетающихся и имеющих определенное клиническое сходство вне психопатологического синдрома, выявляемых у разных больных. В отличие от синдрома симптомокомплекс представляет собой абстрактное собирательное понятие, состоящее из компонентов разных синдромов, наблюдаемых у разных больных с заболеваниями различной этиологии (6). Симптомокомплекс — «совпадающая по времени комбинация симптомов», которая в отличие от синдрома может не иметь общих механизмов патогенеза.

В структуре симптомокомплекса ложных узнаваний представлены нарушения различных сфер психической деятельности. Симптомокомплекс ложных узнаваний представляет собой многокомпонентное образование, включающее перцептивный, идеаторный, аффективный, мнестический и поведенческий компоненты. Основные компоненты симптомокомплекса находятся в различных иерархических отношениях в зависимости от клинических проявлений расстройства.

Перцептивный компонент симптомокомплекса включает различные варианты нарушений восприятия в виде иллюзий, галлюцинаций и псевдогаллюцинаций различной модальности.

Идеаторный компонент может быть представлен размышлениями, сомнениями, воспоминаниями навязчивого, сверхценного или бредового характера, содержательно связанными с ложной, ошибочной идентификацией окружающего. В основе ложного узнавания лежит преимущественное выделение в качестве опознавательных, отдельных малосущественных, случайных признаков объекта (2). Факультативным компонентом симптомокомплекса могут являться бредовые идеи персекуторного ряда — ущерба, преследования, инсценировки.

Логическое обоснование ошибочной идентификации может отсутствовать. В этом случае возникновение ложных узнаваний происходит по механизму бредовой догадки, бредового озарения.

Аффективный компонент симптомокомплекса обычно представлен нарушениями тревожного ряда от неопределенной диффузной тревоги до аффекта страха с вполне определенной фабулой. Тревожные нарушения часто сопровождаются переживанием недоумения, удивления, достигающего степени растерянности.

Мнестический компонент симптомокомплекса может быть представлен различными вариантами дисмнезий от нарушения хронологической памяти и избирательного снижения памяти на отдельные значимые события (кататимные парамнезии) до псевдогаллюцинаций памяти при психотических вариантах ложных узнаваниях.

Поведенческий компонент включает реакции двух типов — пассивной и активной защиты. Наиболее частой формой пассивной защиты является поведение избегания в тех случаях, когда ложные узнавания сопровождаются сверхценными либо бредовыми идеями персекуторного характера. Проявлением активной защиты могут быть повторные проверки и перепроверки подлинности ошибочных идентификаций, являющихся следствием ошибочных узнаваний, а также попытки преодоления тревоги и страха.

Факультативными компонентами симптомокомплекса ложных узнаваний могут являться дереализационные нарушения в виде симптомов уже виденного и никогда

не виденного, навязчивые нарушения в форме ритуалов, бредовые идеи, выходящие за рамки персекуторного круга.

Общими особенностями ложных узнаваний при субклинических предболезненных нарушениях и состояниях невротического уровня являются следующие признаки.

1. Эпизодическое возникновение ошибочных узнаваний в условиях дефицита доступной сенсорной информации (при плохой освещенности, отсутствии продолжительного контакта, нахождении объекта восприятия на значительном удалении от субъекта, в незнакомой, непривычной обстановке).

2. Редуцированность идеаторного компонента. Гипотетический характер интерпретаций («наверное», «возможно ранее встречались», «где то ранее виделись», «наверное, показалось»). Как правило, переживание знакомости не соотносится с конкретными обстоятельствами. Достаточно часто лица с ЛУ данного типа не могут определить, кого конкретно из своих знакомых напоминает данный человек.

3. Отсутствие грубых нарушений повеления, связанных с ошибками идентификации.

4. Преходящий, кратковременный характер ошибочной идентификации объекта.

Ложные узнавания данного типа наиболее часто являются компонентами состояний невротического уровня — астенического, тревожного, синдрома невротической депрессии. Решающую роль в возникновении ложных узнаваний в этих случаях играет нарушения активного внимания и эмоциональные нарушения, определяющие возникновение так называемых «иллюзий ожидания» — иллюзорный вариант ложных узнаваний (4).

В основе выделения симптомов сходства и несходства лежит выделение отдельных морфологических и экспрессивно — поведенческих признаков. Вне рамок болезненных нарушений сохраняется возможность в правильной идентификации ранее знакомых и незнакомых лиц.

Ложные узнавания в структуре нарушений психотического уровня характеризуются следующими клиническими признаками.

1. Бредовая интерпретация нарушений идентификации внешних объектов, убежденность в истинности ложных узнаваний. Утрачивается возможность логической коррекции переживаний, связанных с ложными узнаваниями.

2. Стойкий, устойчивый характер ошибочных идентификаций, не поддающийся рассудочной коррекции

3. Наличие грубых нарушений поведения, связанных с ошибками узнавания. Появление постоянной настороженности, подозрительности. Отсутствие попыток проверки истинности ложных узнаваний.

4. Наличие вторичной психопатологической симптоматики (аффективных нарушений, бредовых идей) содержательно связанных с ошибками узнавания.

Доминирующее положение в структуре симптомокомплексов психотического уровня занимает идеаторный компонент. В связи с этим в общей семиотике психических расстройств данные нарушения традиционно квалифицируются в качестве различных вариантов бредовых состояний — бредовой вариант ложных узнаваний (4). Бредовые идеи в структуре симптомокомплекса ложных узнаваний имеют определенное сходство с бредом особого значения «все происходит не случайно, специально подстроено, имеет особое значение».

Ложные узнавания с меняющейся альтернирующей оценкой характерны для инициального этапа острых психотических состояний. Правильная и ложная идентификация окружения расценивается больными как равновероятные. Появление «новых лиц», изменение внешности и поведения окружающих вызывает появление тревоги и растерянности. Больные не могут найти разумного объяснения факту неожиданного появления родных и близких либо напротив чужих незнакомых лиц в привычной домашней либо рабочей обстановке.

Ретроспективные ложные узнавания. Нарушения памяти имеют существенное значение в возникновении ретроспективных ложных узнаваний, возникающих спустя некоторое время после реального контакта, встречи с объектом ложной идентификации. На основании анализа воспоминаний боль-

ные приходят к выводу, что это был родственник или старый знакомый, или напротив чужой человек, загримированный под родственника или знакомого. Не обладая нозологической специфичностью, ретроспективные ложные узнавания наиболее характерны для фазных депрессивных состояний при рекуррентном депрессивном расстройстве и для паранойяльного синдрома в рамках шизофрении. При парафренном синдроме в случае шизофрении ретроспективные ЛУ принимают фантастически нелепый характер — встречи с мыслителями и полководцами античной эпохи, средних веков, эпохи возрождения.

Симптомокомплекс Капгра (фантомный симптом двойника) в одних публикациях рассматривается в качестве понятия, объединяющего различные варианты ошибочных, ложных идентификаций (1, 4). В других работах трактуется как отдельное относительно самостоятельное расстройство (3).

В нарушениях идентификации лежит тенденция разграничивать или отождествлять окружающих на основании отдельных второстепенных признаков. При этом достаточно часто больные не могут ответить на вопрос, на основании каких признаков они сделали свой вывод.

В литературе феномены положительного и отрицательного двойника обозначают общим термином — симптом Капгра. Общий признак данного нарушения — наличие ложных опознаний, ошибочной идентификации. В случае положительного двойника незнакомые люди с враждебной целью принимают внешний облик близкого для больного человека. В случае отрицательного двойника абсолютно незнакомые больному лица воспринимаются как ближайшие родственники, члены семьи больного, «изображающих» близких. Полное сходство внешнего облика встречается достаточно редко. Как правило, больные отмечают лишь сходство отдельных внешних признаков. Тем не менее, больные твердо убеждены в своей правоте.

Ложные узнавания по типу отрицательного двойника обычно являются компонентом параноидного или депрессивно — параноидного синдрома. Нарушение идентифи-

кации в виде положительного двойника чаще имеют место в структуре парафренного синдрома (3).

В качестве особого варианта симптомокомплекса Капгра в литературе выделяется «синдром мертвецов и уродов» (3). В этом случае больные узнают в окружающих давно умерших лиц, «людей с того света», «то молодыми, то старыми с уродливой, деформированной внешностью».

Симптомокомплекс Фреголи. При симптомокомплексе Фреголи имеет место узнавание одного и того же лица в разных образах. Один и тот же человек многократно меняет свой внешний облик, гримируется, надевает маски. Намеренное изменение внешности, «маскарад», перевоплощение с целью быть не узнаваемым имеет конечной целью причинение вреда больному. «Преследователи» принимают облик «то мужчин, то женщин», «то детей, то взрослых».

При инвертированном варианте симптомокомплекса Фреголи больные в облике одного и того же ранее известного им человека опознают одновременно несколько конкретных лиц, скрывающих свое подлинное лицо благодаря постоянным перевоплощениям.

Симптомокомплексу интерметаморфозы присуща еще большая степень масштабности и фантастичности. В. П. Сербский (1911) при описании данного расстройства использовал собственную оригинальную терминологию, называя его «синдромом смешивания личности» (5).

В отличие от феномена Фреголи при бреде интерметаморфозы не один человек, а подавляющее большинство лиц вовлеченных в болезненные переживания лиц обладают способностью к перевоплощению. Больные убеждены в многократных взаимных перевоплощениях окружающих его лиц. Все вокруг подстроено, инсценировано. Люди, составляющие ближайшее окружение, постоянно меняют свой внешний облик, превращаясь друг в друга. В результате этого больные не могут отличить друг от друга знакомых и незнакомых лиц. Один и тот же человек воспринимается больным одновременно как знакомый и незнакомый, как близкий родственник и как крупный государственный деятель. Формируется убеж-

денность, что вокруг одни двойники. Утрачивается способность к выделению индивидуальных особенностей. У больного складывается впечатление, что «все вокруг на одно лицо». Кроме того в отличие от феномена Фреголи происходит изменение не только внешнего облика, но и «морального», «духовного» облика окружающих(1). В результате один тот же человек воспринимается сначала в качестве недоброжелателя преследователя, а спустя некоторое время уже в качестве защитника, спасителя.

Генерализация болезненных нарушений с увеличением числа и изменением качества ошибок узнавания сопровождается появлением аффекта недоумения с непониманием того, что происходит вокруг. Возникновение симптомокомплекса интерметаморфозы является свидетельством крайней тяжести и остроты состояния.

При бредовых состояниях ложные узнавания содержательно связаны с общей фабулой патологических идей. Структура и динамика ложных узнаваний зависит в первую очередь от степени остроты состояния и систематизации бредовых идей. Развитие ложных узнаваний отмечается в структуре, как острого чувственного бреда, так и бреда воображения.

При острых бредовых состояниях ложные узнавания изменчивы, охватывают широкий круг лиц, включая как хорошо знакомых, так и совершенно не известных ранее лиц.

На этапе бредового настроения предвестником развития ложных узнаваний является появление трудно вербализуемых переживаний чуждости либо напротив знакомости определенного круга лиц. Нарушения идентификации неопределенны, практически лишены идеаторного компонента. Больные не могут определить, кого именно из своих знакомых затрагивает переживание измененности.

На этапе бредового восприятия происходит усложнение психопатологической структуры ложных узнаваний. В переживаниях сходства и несходства появляется больше конкретики. Однако устойчивые патологические идентификации еще отсутствуют. Переживания сходства и несходства появля-

ются в первую очередь за счет экспрессивных и поведенческих признаков (особенности тембра голоса, интонаций, мимики, жестикуляции) при игнорировании внешних индивидуальных черт внешности (форма лица, цвет глаз и волос, наличие или отсутствие морщин).

Острая парафрения характеризуется увеличением, как числа, так и структуры ложных узнаваний. Формируются наиболее структурно сложные формы ложных узнаваний, такие как симптомокомплексы Фреголи и интерметаморфозы. Ложные узнавания приобретают фантастическую окраску — узнавание в окружающих известных политических деятелей, знаменитых артистов, писателей. Выявляется в структуре антагонистического бреда симптом борьбы двух лагерей с одновременным наличием феноменов отрицательного и положительного двойника.

Этап онейроидного помрачения сознания характеризуется «фантастической трансформацией» ложных узнаваний с одновременной нивелировкой индивидуальных различий между объектами окружающей действительности. Характерным является появление «метафорических отождествлений» объектов окружающего с образными символами. Развитие двойной ориентировки сопровождается переживанием видоизменение собственного облика («превращение в астронавта», «неземное существо»).

По мере утяжеления состояния ложные узнавания при онейроидном синдроме замещаются фантастическими визуализированными представлениями и псевдогаллюцинациями. При обратной динамике с регрессом симптоматики помрачения сознания в первую очередь редуцируются наиболее структурно сложные нарушения (антагонистический бред, феномен Фреголи). Долше сохраняются переживания сходства и несходства без полной ошибочной идентификации. После выхода из психотического состояния достаточно длительное время сохраняется диффузное переживание знакомого либо незнакомого.

Ложные узнавания при непрерывно — прогрессирующем течении шизофрении ограничиваются фабулой бредовых идей. Лож-

ные идентификации затрагивают только лиц, вовлеченных в бредовые переживания.

На паранойальном этапе болезни могут наблюдаться ретроспективные ложные узнавания с ошибочной идентификацией лиц, вовлеченных в имевшие место в прошлом значимые события.

В структуре параноидного синдрома при непрерывном течении болезни в большинстве случаев наблюдается симптом отрицательного двойника. ЛУ интерпретируются как действия, имеющие целью нанести физический и моральный ущерб больному. В абсолютно незнакомых людях (медицинской персонал, посетители больницы) узнаются недоброжелатели, преследователи. Близкие родственники напротив не узнаются либо воспринимаются в качестве преследователей и их сообщников.

Наиболее устойчивые и множественные ложные узнавания характерны для синдрома психических автоматизмов. Однако диапазон ложных узнаваний ограничен фабулой бредовых идей воздействия и преследования. Лица, не включенные больным в содержание бредовых идей, узнаются правильно.

На парафреническом этапе болезни имеет место реактуализация событий прошлого. Интерпретация ЛУ обеспечивается конфабуляторным механизмом либо связана с возникновением псевдогаллюцинаторных воспоминаний.

Ложные узнавания могут являться одним из компонентов экзогенных и органических психозов. При экзогенных психических расстройствах ложных узнаваний, как правило, связаны с помрачением сознания по делириозному типу. В основе ложных узнаваний при расстройстве сознания лежат перцептивные (иллюзорные и галлюцинаторные) нарушения. Развернутая логическая интерпретация ложных узнаваний обычно отсутствует. По окончании психоза содержание ложных узнаваний амнезируется. Тенденция к рецидивированию, повторению нарушений узнавания отсутствует.

Нарушение узнавания при синдроме деменции в первую очередь связано с потерей способности к выделению отличительных признаков объекта. Характерной является

экмнестическая окраска ложных узнаваний, отражающая нарушение хронологической памяти со сдвигом ситуации в прошлое. Сохранение ложных узнаваний постоянно меняется. Не узнаются даже наиболее близкие родственники, постоянно опекающие больных лица. Достаточно часто наблюдается нарушение аутоидентификации — не узнавание собственного отражения в зеркале.

Ложные узнавания с нарушением самоидентификации проявляется установлением больными сходства или идентичности некоторых лиц или изображений в внешнем обликом больного. Наиболее легкие формы ложного узнавания с нарушением самоидентификации выражаются в переживании неопределенной измененности собственного внешнего облика. Больные замечают в собственном облике что-то «чужое», «непривычное», «незнакомое». Переживания больных могут иметь и более конкретный характер: субъективное ощущение изменения цвета и тургора кожных покровов, изменение тембра голоса и интонаций речи, привычной мимики и пантомимики.

При углублении психических нарушений больные начинают замечать сходство собственного внешнего облика с обликом окружающих, имитирующих голос, мимику, жесты больного. Больные узнают себя на фотографиях в средствах массовой информации, произведениях искусства — портретах, скульптурах. Формируется убежденность в подмене себя «двойником», «копией», ведущей самостоятельную независимую от больного жизнь.

Другим проявлением глубокого расстройства психической деятельности является отчуждение основных психических процессов — мышления, эмоций, влечений, памяти в виде бредовой деперсонализации в структуре фантастической парафрении.

Отдельного рассмотрения заслуживает вопрос о психопатологической квалификации нарушений узнавания неодушевленных объектов. В. Н. Краснов (1974) относит к феномену ложных узнаваний нарушения идентификации неодушевленных предметов — предметов интерьера, домашней утвари, мебели. По нашему мнению правомерность данной позиции представляется спор-

ной. Ложные узнавания необходимо отграничивать от нарушений восприятия — иллюзий и агнозий. При иллюзиях действительно имеет искаженное восприятие реально существующих объектов, при этом один предмет воспринимается вместо другого. При ложных узнаваниях нарушается оценка принадлежности неодушевленного предмета субъекту (предмет мой или не мой, объект знакомый или незнакомый)

Ложная идентификация предназначения неодушевленных предметов с приданием им особого символического значения («книга в черной обложке знак неминуемой смерти») клиническое проявление бреда особого значения. Кроме того нарушения опознания неодушевленных бытовых предметов может являться следствием зрительных иллюзий при синдроме помрачения сознания — делирии.

Наиболее тяжелые интеллектуально — мнестические нарушения сопровождается утратой способности дифференцировать и разграничивать отдельные признаки предметов. Нарушается «категориальное узнавание» объектов.

Нарушение высших корковых функций в виде зрительной и слуховой агнозии достаточно частый признак деменций различной этиологии. Больные с агнозией при сохранности функций анализаторов правильно определяют отдельные свойства предметов, но не могут правильно идентифицировать объект в целом.

Особый вариант агнозии, связанный со зрительным анализатором, так называемая «вербальная слепота». В этом случае при сохранной остроте зрения больные утрачивают способность к узнаванию букв и цифр в написанном или напечатанном тексте.

В случае слуховой агнозии, так называемая «душевная слепота» больные не могут определить источник издаваемых звуков (бой часов, телефонный звонок) при правильном их описании.

Ложные узнавания имеют определенное феноменологическое сходство с нарушениями самосознания в виде переживаний уже виденного и никогда не виденного. При этих нарушениях имеет место переживание общей знакомости или незнакомости окружающего без выделения отдельных знакомых либо незнакомых объектов. При нарушениях самосознания чувство знакомости либо незнакомости вызывает не совпадение или несовпадение отдельных окружающего, а в первую очередь собственного состояния. Больные обычно подчеркивают, что повторяется не само событие, а именно их душевное состояние в аналогичной ситуации (7). Подавляющее большинство больных не в состоянии сопоставить свои переживания с конкретными обстоятельствами прошлого, ответить на вопрос кого конкретно из своих знакомых они «видят» в данный момент. Наконец, в отличие от психотических вариантов ложных узнаваний при феноменах уже виденного и никогда, не виденного сохранено критическое отношение к репереживаниям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьева Е. А., Хохлов Л. К., Дьяконов А. Л. Психопатология: симптомы и синдромы. — М. 2007. — 232 с.
2. Краснов В. Н. К вопросу о ложных узнаваниях. — Вопросы общей психопатологии и социальной адаптации больных. М. 1974. — С. 87 – 91.
3. Морозов Г. В., Шумский Н. Г. Введение в клиническую психопатологию. — Нижний Новгород, 1998. — 423 с.
4. Микиртумов Б. Е., Ильичев А. Б. Курс общей психопатологии. — СПб., 2008. — 328 с.
5. Сербский В. П. Руководство по изучению душевных болезней. — М., 1912. — 654 с.
6. Смирнов В. К. Теоретическая психопатология как раздел общей психопатологии. — Актуальные вопросы клинической и социальной психиатрии. — СПб, 1999. — С. 252 – 260.
7. Сумбаев И. С. К психопатологии и клинике деперсонализации. — Вопросы клинической психиатрии. — Иркутск, 1948. — с. 75 – 85.

ПСИХОТЕРАПИЯ

Консторумские чтения

«Хорошо» и «плохо» — взгляд психотерапевта

XXVIII Консторумские чтения — очередная ежегодная конференция, организуемая Независимой психиатрической ассоциацией России, проходила 15 декабря 2023 г. в конференц-зале Московской психиатрической больницы № 13. Организаторы Чтений считают своей приятной обязанностью поблагодарить администрацию учреждения за гостеприимство.

Сама тема конференции: «Хорошо» и «плохо» — взгляд психиатра» не может не привлечь внимание. Этические оценки в медицине — акция весьма дискуссионная. И вместе с тем очевидно, что в пространстве «психо» и особенно в психотерапии их полностью избежать невозможно. Границы, пропорции, формы взаимоотношений клиники и этики и стали предметом обсуждения.

Прозвучавшие доклады продемонстрировали, что для психотерапевта-клинициста «хорошо» и «плохо» — не категории из некоей нормативной инструкции, а реальные переживания пациентов и в то же время — эффективные инструменты психотерапевтического воздействия.

Как-то сама собой, почти спонтанно, возникла возможная тема следующих Чтений — «Психотерапия и религия». Впрочем, в этом нет ничего импровизационного, случайного. В размышлениях о себе и о мире человек стремится все выше и выше.

Приводим программу XXVIII-х Консторумских чтений и тезисы большинства докладов.

ПРОГРАММА

ЧАСТЬ I. Председатель: Борис Аркадьевич Воскресенский

Доклады:

10.30 — Ю. С. Савенко, президент Независимой психиатрической ассоциации России. Вступительное слово.

10.55 — А. А. Шмилович, психиатр, психотерапевт. «Язык искусства — третья сигнальная система коммуникации аутистов».

11.20 — Б. А. Воскресенский, психиатр, психотерапевт. «Некоторые клинические и психотерапевтические аспекты синдрома антагонистического бреда».

11.45 — Н. Л. Зуйкова, психиатр, психотерапевт. «К вопросу об этике клинического психотерапевта сегодня».

12.35 — И. Н. Иванова, психотерапевт, дерматовенеролог. «Атопическая личность — хорошо или плохо».

13.00 — Г. Н. Иванова, психотерапевт. «Художественная литература в помощь психотерапевту».

Перерыв: 13.30 – 14.00

ЧАСТЬ II. Председатель: Людмила Васильевна Махновская

Доклады:

14.00 — М. Е. Бурно, психиатр, психотерапевт. Заочное сообщение. «О пожизненной терапии творческим самовыражением».

14.25 — Т. Е. Гоголевич, психиатр, психотерапевт. «Становление человека в полноте заложенных возможностей: религия, философия, психотерапия. ТТС М. Е. Бурно как образ жизни».

14.40 — Л. В. Махновская, психиатр, психотерапевт. «Возможно ли счастье в семьях душевнобольных?» 20 мин.

15.30 — Д. В. Дмитрук, педагог, студент магистерской программы Психологическое консультирование. «Научно-психологическое исследование дефензивности: проблемы, перспективы, методология». 20 мин.

15.55 — Е. О. Елистратова, ординатор 2-го года обучения по специальности Психотерапия. «Приоритетность поддерживающей психотерапии пациентов, страдающих малопрогредиентной шизофренией с аффективными приступами». 20 мин.

ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО Ю. С. САВЕНКО

Дорогие коллеги!

Хочу поздравить вас с тем, что Консторумские чтения продолжаются вопреки всем трудностям нашего непростого времени и, конечно, прежде всего, отдать дань зачинателям и по-прежнему их вдохновителям Марку Евгеньевичу Бурно и Борису Аркадьевичу Воскресенскому.

Поставленные на этот раз на обсуждение вопросы особенно глубоки, трудны и провокативно альтернативны, это экзистенциальные вопросы. Они по-особому проблемны, как пограничные между психотерапией и духовной поддержкой или взглядом на психотерапию через призму духовных и гуманных ценностей. А это твердь под ногами, фундамент психотерапии. Но, отличающая нас от животных, она обоюдостра, биполярна и может перешагнуть, предать и погубить родных и близких друзей во имя надличного общего дела, как феномен Павлика Морозова, который отнюдь не феномен, а временами массовое явление и бесчеловечно. Этика, в отличие от права, неформальна и индивидуальна, а всевозможные корпоративные и профессиональные этические кодексы — миксты, значительно ближе к праву, которое без этики, как и без прав человека, что «дышло...».

Этический кодекс психиатра, принятый Российским обществом психиатра, разработанный Владимиром Алексеевичем Тихоненко, выглядит безупречно, казалось бы, достаточно было его только соблюдать. Но разработан он по всем правилам естественно-научной методологии, тогда как этика принадлежит к наукам о духе, гуманитарным дисциплинам, а не наукам о природе, на основе традиционного рационализма, который сам претерпел на этом поле существенные изменения, начиная с Вильгельма Дильтея и Пьера Дюэма. С тех пор сохраняется принципиальное различие между точным и естественно-научным знанием, как академической наукой (science), и антропологическими прикладными науками, которые используют достижения академических наук, но не сливаются, не смешиваются, а взаимодействуют, интерферируют с ними. Поэтому наша Ассоциация приняла Этиче-

ский кодекс WPA, как международный. Мы также тесно сотрудничали в течение нескольких десятилетий с лидерами отечественной биоэтики Борисом Григорьевичем Юдиным, возглавлявшим Институт человека в структуре Института философии, а после его кончины, а до этого и самого Института, со сменившим его Борисом Дмитриевичем Тищенко, автором замечательной творческой монографии о философских основаниях биоэтики «На гранях жизни и смерти» (2011).

Биоэтика возникла в 1962 г. в связи с грандиозными новыми биотехнологиями, оформилась с 1970-х годов, а в 1992 г. создана Международная ассоциация биоэтики, которая каждые два года проводит всемирные конгрессы. В отличие от традиционной, начиная с Гиппократов, медицинской этики, которая носила корпоративный характер, но возлагала ответственность в отношении пациента только на врача, биоэтика ушла от патернализма врача, предоставив равные права пациенту. Прежнюю, освященную веками монополию на уровне предпонимания притязания врача на обладание истиной Мишель Фуко поставил под вопрос и заговорил и био-власти, био-техно-власти, власти психиатров.

Психотерапия может оказаться злом, вытесняя муки совести и нравственное перерождение, быть моральным наркотиком, тем более, что технологически методы психотерапии, воспитания и пропаганды являются общими. Отсюда необходимость величайшей осторожности и ответственности обращения с ними как средством манипуляции. А это требование к нам самим. Нам памятен грандиозный отрицательный «успех» телесуггестии Анатолия Кашпиrowsкого, дипломированного психотерапевта, ученика, как и я, замечательного психиатра и психотерапевта Исаака Ароновича Мизрухина. Это был социальный эксперимент властей. Мы страстно протестовали против этого на знаменитом обсуждении в Институте философии, проходившем из-за наплыва людей с конной полицией. Но именно телесуггестия была взята на вооружение пропагандой, хотя сам Кашпиrowsкий был предан анафеме.

Массовый гипноз и суггестия требуют совершенно других личностных качеств, чем

психотерапия. Выдающаяся роль для психотерапии всеотзывчивости сталкивается с гиперсензитивностью наших пациентов как к отдельным субъективным, незначачим для других деталям, так и на тонком общем интуитивном уровне чувства меры нашего участия к ним и их проблемам. И здесь важнейшим является их человеческое достоинство, которое необходимо всеми многообразными способами укреплять. Это — не всегда лежащее на переднем плане — всегда остается фундаментальной опорой.

Далеко не все конфликты, трудности и беды возможно разрешить. И здесь очень точно выразился один комбатант с ПТСР: «Не надо нас лечить, надо нас научить жить с этим». Все это требует от нас творческого индивидуального, а не рутинного подхода, устранения формализма и превращает в средство, предохраняющее нас самих от усталости и выгорания. Более того, — в нечто духоподъемное.

Однако не технологическая сторона психотерапии является определяющей, и даже не индивидуализация, как показал Джордж Оруэлл в «1984», так как то и другое используется в противоположных целях. Поэтому успешность наших усилий определяется тем, **кто, что и как стоит за используемыми методами, а главное — какой смысл они имеют для пациента.** С особой силой и выразительностью это проявилось в начале 1990-х годов, когда Сергей Адамович Ковалев, руководитель биофизической лаборатории коллектива выдающегося математика Израиля Моисеевича Гельфанда, а потом Института прав человека и первый омбудсмен Российской Федерации не поддался на солидарное мнение многочисленных междисциплинарных экспертов, которых посрамил великий актер Ролан Быков, на обсуждении технологий школы Стобуна.

Итак, этика — это, прежде всего, общечеловеческая основа позитивного общения людей друг с другом, она крепче всего на микросоциальном уровне и в экстремально тяжелых условиях. Петр Алексеевич Кропоткин показал, что полнее и ярче всего она характерна для народов, которых называли естественными, нецивилизованными, примитивными. Это взаимопомощь, уважительность, доброжелательность, как естествен-

ные Обыкновения человеческого общежития, что соседствует с прямо противоположным: нет более опасного социального животного, чем человек, для чужака... В тотально политизированных условиях реального времени на макросоциальном уровне говорить об этике не приходится. Обсуждение того, что явственно стало фикцией, — фарисейство, показной ритуал, в том числе околонуточный.

Нас выручает наша профессия, так как здесь, как в заповеднике, этика еще жива и по-прежнему высоко значима. Очень многое, чем мы можем гордиться в истории нашего предмета, создавалось в условиях, более стесненных чем нынешние. Можно радоваться профессии психотерапевта, которая дает возможность получать глубокое удовлетворение от своей повседневной работы.

ЯЗЫК ИСКУССТВА — ТРЕТЬЯ СИГНАЛЬНАЯ СИСТЕМА В КОММУНИКАЦИИ АУТИСТОВ

А. А. Шмилович¹

В современном психиатрическом мире имеет место тенденция к слиянию и упрощению клинической терминологии с формированием «сленгового» и «понятного для обывателя» научно-популярного языка. В этом языке нет клинического (медицинского) содержания, он насыщен пустыми психологическими идеями и лишен диагностического смысла. В эту графоманскую пустоту попадают термины классической психиатрии, значение которых искажается и расширяется до необъятных величин. Среди наиболее пострадавших оказались «депрессия», «паранойя», «навязчивости», «невроз», «психоз» и «аутизм».

Аутизмом сегодня называют любой феномен психики, в результате которого человек выглядит и ведет себя отстраненно от окружающих. Между тем, хорошо известно, что это далеко не так.

Для того, чтобы термин «аутизм» в современном концептуальном представлении

¹ Заведующий кафедрой психиатрии и мед. психологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова.

был использован в клинической психиатрии, необходимо его классифицировать транснозологически:

1. Расстройства аутистического спектра у детей;

а. Синдром Аспергера;

б. Синдром Каннера;

с. Синдром Геллера;

д. Другие аномалии психического развития аутистического спектра;

2. Шизоидный и шизотипический аутизм;

3. Шизофренический аутизм;

4. Психоорганический аутизм;

5. Психогенный аутизм.

Синдром Аспергера — высокофункциональный ранний детский аутизм. Вариант психического развития в дошкольном и раннем школьном (допубертатном) возрасте. Описан приблизительно в одно время Гансом Аспергером и Г. Е. Сухаревой. Дети с синдромом Аспергера испытывают существенные трудности с социальным общением и взаимодействием, с изменениями привычного жизненного стереотипа, отличаются гиперчувствительностью к «сенсорным атакам», стереотипным повторяющимся поведением, демонстрируют низкий уровень проявления сочувствия и узкую сверхценную направленность на интересующую тему. При этом варианте аутистического развития мы наблюдаем компенсаторную гипертрофию когнитивных и прежде всего интеллектуальных функций.

Синдром Каннера — психологически схож с ранним детским аутизмом Аспергера, однако у этих детей одновременно обнаруживаются задержки психоречевого развития, в связи с чем абилитационные и психотерапевтические мероприятия с ними затруднительны.

Синдром Геллера — психопатологический процесс начинающийся в возрасте 2 – 10 лет и приводящий к регрессу психики до того нормативно развивавшихся не аутистов.

Другие аномалии психического развития аутистического спектра — синдром Ретта, фенилкетонурия, хромосомные и другие варианты задержек психического развития, детская шизофрения, органический дефект, острые реакции на стресс и хроническая невротизация.

Шизоидный и шизотипический аутизм наиболее ярко описан Эрнстом Кречмером. Этот вид аутизма, как и все последующие в настоящей классификации, обнаруживается во взрослом возрасте. Он является либо проявлением шизоидной психопатии (шизоидия), либо этапом шизофренического процесса — преморбид, ремиссия или постморбид («сдвиг почвы»), либо самостоятельным малопрогредиентным процессуальным заболеванием (шизотипия). В центре шизоидного характера, описанного Кречмером, лежит психэстетическая пропорция с феноменом «дерева и стекла». Эти проявления могут быть крайне разнообразны и представляют спектр свойств личности от робких, чувствительных и ранимых (сенситивные шизоиды) до равнодушных и эмоционально тупых (экспансивные шизоиды) — «утонченно холодные аристократы», «холодные деспоты» ...

Шизофренический аутизм — описан Е. Блейлером как негативный синдром процессуального заболевания, прогредиентно развивающийся параллельно или асинхронно с продуктивной психотической симптоматикой. Клинически схож с шизоидным аутизмом Кречмера, однако, в связи с высокой степенью прогредиентности процесса, достаточно быстро трансформируется в тяжелый регресс психики с явлениями Крепелиновской dementia praecox. Э. Крепелин выделял простую форму деменции прекокс, при которой аутизация, наряду с другими негативными симптомами, быстро нарастает с развитием симплекс-синдрома («негативная шизофрения Блейлера»).

Психоорганический аутизм — особый вид психологической замкнутости и интроверсии, возникающий на отдаленных этапах дементирующего органического заболевания с локализацией атрофического процесса или очага поражения в конвекситальных отделах лобной коры головного мозга. Аспонтанность и абulia этих пациентов приводят к исчезновению мотиваций к социальному взаимодействию, что может соответствовать критериям аутизма в современных расширенных понятийных трактовках.

Психогенный аутизм по своей сути представлен особым видом невротического развития личности. Его описание можно встретить в работах представителей школы

О. В. Кербикова. Клинически речь идет о посттравматической пизоидизации личности, пережившей крайне тяжелую психическую травму и не нашедшей в социальном окружении возможностей к реабилитации.

Безусловно, клинические подходы в оказании помощи пациентам с аутизмом должны быть дифференцированы. Медицина будет бессильна если подходить к этому сложному психическому феномену психологически, без учета его нозологической принадлежности. Мы не сможем помочь этим пациентам если полностью уйдем с клинических позиций и откажемся от диагностики, руководствуясь столь модным сегодня антипсихиатрическим призывом к толерантности.

Наряду с психофармакологической помощью, этим пациентам показана психотерапия. Будет она направлена на преодоление аутистической стены с социумом или на адаптацию аутиста к инкапсулированной жизни — вопрос индивидуальных психолого-психиатрических предпочтений. Но мы не сможем реализовать психотерапевтический потенциал, если не установим терапевтический альянс. А сделать это с аутистом крайне сложно. Если с другими пациентами мы с большим или меньшим успехом опираемся на их первую и вторую сигнальные системы — органы чувств и речь, то с аутистами этих каналов связи нет («люди в скафандре»).

Одним из способов преодоления этого коммуникативного коллапса может стать «третья сигнальная система» — язык искусства. В большинстве своем аутисты способны общаться метафорически, и мы видим и интерпретируем их переживания, наблюдая за их творчеством. Арт-терапевтические техники могут быть эффективны, потому что творческий процесс — это интимное и интровертное таинство, не предусматривающее откровенного диалога. Искусство преимущественно метафорично и символично, оно эгосинтонно и абсолютно толерантно к внешней критике («художник так видит»). Для аутиста это может быть единственным способом взаимодействия с окружающим, а в некоторых случаях силой искусства аутистам удастся донести больше, чем на то способен семантический ресурс любого мирового языка.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМА АНТАГОНИСТИЧЕСКОГО БРЕДА

Б. А. Воскресенский²

Антагонистический бред привлекает внимание не только клинической яркостью, но и философско-этическим содержанием: больной выбирает «хороших», а если «плохих», то это под «воздействием темных сил». Обычно оценки следуют социальным стереотипам. Естественным представляется вопрос, существуют ли абсолютные критерии «хорошего и плохого».

Больным с антагонистическим бредом (расстройства шизофренического спектра) задавался вопрос: что означает «хорошие» и «плохие» в этих переживаниях? Критериев универсального разграничения выявить не удалось. Но в наши дни, в эпоху постмодернизма, все теории, все оценки признаются равно имеющими право на существование. Истины как бы (полагаем, здесь этот оборот уместен) не существует.

«Механизм моей связи с духами одинаков», — таков был ответ больного с антагонистическими императивными псевдогаллюцинациями, побуждавшими его к совершению тяжкого общественно опасного деяния.

Действительно, бинарные оппозиции — один из принципов организации и человеческих переживаний, и мира в целом (тоже человеческого). У Пауля Тиллиха в «Мужестве быть» читаем: «Онтологические принципы имеют полярную природу, что соответствует полярности основополагающей структуры бытия: Я и мир». Полагаем, что рассматривать эти сопряженности, в том числе «хорошо» и «плохо», следует не в разрушительном противоборстве (собственно антагонизм), не в постмодернистской рядоположенности («рядоположенность лишена сострадания», — находим у Х. Л. Борхеса, в психиатрии же отнесем эту оценку к шизофреническому спектру), а в антиномном принятии противоположностей, с верой в человека как существо разумное и нравственное. К. Г. Юнг

² К.м.н., доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова.

указывал, что бессознательное само по себе ни доброе, ни злое. И он рассматривал это соотношение с позиций динамики, уточняя, что при определенных условиях сознание может «понижаться», уходить в бессознательное и тогда «хорошее» и «плохое» не разграничиваются.

Основа (то есть «определенные условия»), на которой вырастали бредовые расстройства этой структуры, была разнообразной. Вот некоторые примеры. Пациентка, перенесшая острый аффективно-бредовой приступ с антагонистическим бредом, прежде всего ощутила «глубинную измененность», которая «позволила понять, что разворачивается непримиримая борьба между ее родственниками и сослуживцами», отношения с которыми в последнее время были напряженными. В других случаях сначала возникала своеобразная психотическая деперсонализация (в понимании А. К. Ануфриева, А. Я. Басовой), которая при последующем усложнении расстройств — возникновении бреда черпает, говоря словами К. Конрада, свое содержание из личностной тематики.

Обсуждение с больным этой измененности, (для выявления которой нередко требуются значительное время и усилия), может иметь определенное психотерапевтическое значение: способствует возникновению или усилению чувства болезненности состояния, побуждает больных дать согласие на лечение, становится одним из слагаемых комплаентности.

Выявленная неопределенность оценок может быть понята как выражение идеи свободы человека, свободы, благодаря которой, по выражению Н. А. Бердяева человек не выбирает между добром и злом, но творит их. («О рабстве и свободе человека»). Выбор преобразуется в деятельность: для кого, для какой цели жить каждый решает сам. Духовный опыт человечества предлагает ответ: «Во свидетели пред вами призываю сегодня небо и землю: жизнь и смерть предложил я тебе, благословение и проклятие. Избери жизнь.» (Второзаконие 30, 19). Жизнь свою или другого?

К ВОПРОСУ ОБ ЭТИКЕ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОТЕРАПЕВТА СЕГОДНЯ

Н. Л. Зуйкова³

*Нет, и не под чуждым небосводом,
И не под защитой чуждых крыл, —
Я была тогда с моим народом,
Там, где мой народ, к несчастью, был.*

А. А. Ахматова, 1889 – 1966

Наша жизнь за последнее время сильно изменилась, а причины тому, и их следствия выходят за рамки известного нам опыта. В психотерапевтической работе появились темы, ранее знакомые по книгам, фильмам, истории. Но профессиональная этика — учение о профессиональной морали, исторически сложившаяся система нравственных принципов, предписаний, заповедей и правил профессии требует от специалистов, по-прежнему, быть выше обывательских, стрессогенных мнений. Способность «не уподобляться» определяется профессиональной ответственностью и личностной зрелостью специалиста. Новейшее время, полное неопределенностей, противоречий и этических дилемм ставит под сомнение главный принцип помогающих профессий «не навреди» и тому есть основания. Чрезвычайные ситуации, катаклизмы фоновые и личные стали нашей повседневностью, а XXI век — испытанием человеческой цивилизации на стрессоустойчивость и прочность общечеловеческих ценностей. Научно-технический прогресс не гарантирует духовный и нравственный прогресс. Отдельные индивиды, несомненно, способны к тому, но массово, увы, не получилось. При этом, ощутима потребность в сопричастности к происходящему. Впрочем, это уже не вопрос доброй воли — все мы, так или иначе, сопричастны. Профессиональная ответственность теперь — дань времени в осознанной и этичной сопричастности. Быть-жить в моменте самим и помочь другим, проходить тяжелые периоды нашей истории достойным образом — актуальная задача. И это

³ К.м.н., доцент кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФНМО РУДН им. Патриса Лумумбы, председатель МОП-объединения, действительный член ОППЛ, TSTA-P, Москва.

может быть выражено своей идеологической позицией, посильным человеческим, профессиональным участием в благотворительности, волонтерских проектах, гуманитарной помощи и др... Сегодня мир изобилует и моральными дилеммами, где нет однозначно правильного выбора, но взвешенный, разумный все же можно сделать. И тот факт, что волей Всевышнего и личного выбора психотерапевты призваны быть специалистами, дающими психологическую опору, накладывает на нас миссионерскую ответственность. Этические дилеммы не решаются удовлетворительно, если следовать традиционному (усредненному) моральному или религиозному кодексу. Клиническое преломление заявляемых проблем позволит учесть индивидуальность. Идти в «красную зону» или нет, оставаться или уезжать, на чьей стороне быть, оставить ли ребенка с выявленными пороками развития или нет, как взаимодействовать с родственниками недружественных стран и т.д. — любой выбор в этих ситуациях проблемен, но все же принесёт меньше страданий, когда соответствует мировоззрению личности, её системе убеждений, личному «нравственно-этическому коду». Важно вместе с пациентом этот «код» обнаружить, затем применить в анализе, выборе, решении и поступке. Нам важно быть готовыми поддержать мужество любого выбора, исходя из личностных особенностей обратившегося с наименьшим вредом для общества, близких, самого себя. Так же сталкиваясь все чаще теперь с принципом равного обращения с людьми, специалисты должны избегать дискриминации и оказывать равнозначные услуги нуждающимся. Мы помогаем страдающей душе, а не той или иной позиции, потому стремимся оставаться вне идеологических игр, а пространство групповой терапии или учебного семинара не должно стать пространством «разбора полетов», для этого имеются другие площадки. Наряду с основами этических положений профессиональных уставов, этика психотерапевта должна обязательно учитывать личностно-характерологические особенности пациента так же, как и «самые благородные движения духа у пациента классический клиницист чувствует-осмысливает как родившееся в природном теле человека и как-то соответствующее внешним особен-

ностям этого тела... Важно также понимающе психотерапевтически помочь организовать свою целительную жизнь по-своему, со своей посильной общественной пользой и возможной творческой радостью» (М. Е. Бурно, 2022). Психотерапевт способствует самоопределению клиента, уменьшению его «боли существования», сохранению его «окейности». И самим специалистам необходимо укреплять свои ресурсы, дабы оставаться состоятельными в профессии, по-человечески сохраниться и «не лечиться о клиента». Посему, наша профессиональная этика требует духовного укрепления, прохождения собственной терапии, супервизий, дебрифингов и поддержки в профессиональных сообществах. Это должно стать критерием профпригодности специалиста любой модальности и школы, и на всем протяжении его профессиональной деятельности.

АТОПИЧЕСКАЯ ЛИЧНОСТЬ — ХОРОШО ИЛИ ПЛОХО

И. Н. Иванова⁴

Формирование личности человека происходит с момента рождения и зависит от генетической предрасположенности и многих триггерных факторов. У дерматологических больных — это мучительный зуд, косметические дефекты, ограничения в диете.

Наиболее ясное и глубокое определение личности (характера) принадлежит М. Е. Бурно. «Характер человека — это его более или менее стойкая душевная человеческая природа в своей особенности-неповторимости, развивающаяся с младенчества по законам природы, среди других людей, животных, растений, минералов, в глубинном взаимодействии со всем этим». «Характер конкретного человека есть его душевно-телесная индивидуальность» [1].

Попробуем разобраться в вопросе о праве на существование такого термина как «Атопическая личность». Термин «атопия» происходит от греческого слова, означающего

⁴ К.м.н., доцент Волгоградского государственного медицинского университета, психотерапевт, дерматовенеролог.

«чужеродный, странный», объясняющий наследственную повышенную чувствительность организма к факторам окружающей среды.

Наши исследования 105 больных atopическим дерматитом с помощью ММРІ (Миннесотского личностного опросника) выявило наличие стойких изменений психики в 57 % случаев. Такие изменения не укладываются в рамки преходящих невротических нарушений.

Среди больных atopическим дерматитом преобладает аутистическая (шизотимная) акцентуация личности (31 %), 20 % пациентов имели гипотимную (циклотимную) акцентуацию личности, в 13 % случаев встретилась неуправляемая личность. Значительно реже встречаются ригидная, гипертимная и сверхточная акцентуации личности.

К исследованию методом «пиктограммы» было привлечено 105 больных atopическим дерматитом в возрасте от 14 до 47 лет. Среди них были 41 % пациентов мужского пола и 59 % женского пола. У больных atopическим дерматитом с помощью «пиктограммы» были выявлены: в 55 % случаев низкая самооценка с высоким уровнем притязаний, у 48 % пациентов выявлены прямые персеверации (повторение единого рисунка на разные понятия), 46 % больных продемонстрировали «сверхупорядоченную композицию» и «краевое расположение рисунка», в 16 % случаев наблюдалась «выхоленная символика», «ассоциации по созвучию», в 17 % случаев наблюдалась спонтанная нумерация и пунктуация, у 6 % больных были выявлены «особые феномены» в виде отказа на воспроизведение понятия «справедливость».

Резюмируя вышесказанное, можно сформулировать психологический портрет больного atopическим дерматитом. Для этой категории пациентов характерны следующие черты: нестандартность, оригинальность мышления при хороших интеллектуальных данных, непредсказуемость поступков, низкая конформность, склонность к депрессии, ипохондрии; тревожность, эмоциональная холодность, неудовлетворенность собой, вспыльчивость, агрессивность, психологическая защита в форме ухода в свой внутренний мир. Такие особенности личности

носят непреходящий характер, формируются постепенно, связаны с болезнью.

«Странная atopическая болезнь» порождает «странную личность», которая является результатом, как генетической предрасположенности, так и приспособительных способностей пациентов. Преобладание среди пациентов с atopическим дерматитом лиц с аутистической (шизоидной) личностью затрудняет работу дерматовенеролога, т.к. больные atopическим дерматитом, погружаясь в свой внутренний мир, не слышат рекомендаций врача и не выполняют их, к ним нужен особый подход.

Литература

1. М. Е. Бурно «О характерах». М. Академический проект, 2005. 608

ХУДОЖЕСТВЕННАЯ ЛИТЕРАТУРА В ПОМОЩЬ ПСИХОТЕРАПЕВТУ

Г. Н. Иванова⁵

Понятно, что без чтения учебников, монографий, периодики невозможно быть квалифицированным специалистом. Но, если речь идет о психотерапии, этого недостаточно, специальность — уникальная, особенная. Очень немногие методы имеют отношение к телу, его анатомии, физиологии: аутогенная тренировка, эмоционально-волевые тренировки, прочие техники саморегуляции. Вся остальная психотерапия — совсем не медицинская, она скорее жизненная, экзистенциальная, в широком смысле духовная. Врач приобщает пациента к общению с природой, искусством, культурой, и таким образом происходит душевное исцеление. Получается, что психотерапевт должен быть подкованным во всех этих сферах.

Сегодня я остановлюсь более подробно и внимательно на художественной литературе, ее влиянии на врача, и через него — на пациента. Считаю, что все мы, психотерапевты, работаем тем, во что верим сами, только так мы можем быть убедительными. Как человек, как личность, я не могу существ-

⁵ Врач-психотерапевт Центра реабилитации «Волгоград».

зовать без книг, без художественной литературы, это мое хобби, увлечение всей жизни. Бывает нелегко объяснить пациентам суть и целебный эффект библиотерапии, особенно тем, кто книг не читает. Нужны примеры, и я их нахожу. Это могут быть общепринятые произведения «Последний лист» и «Санаторий на ранчо» О. Генри, «Допустимые потери» Ирвина Шоу, а также то, что интересно, удивительно лично для меня.

Предпочитаю книги о сегодняшней жизни, о наших современниках, они сталкиваются с нынешними условиями жизни, так же как мы, преодолевают препятствия, испытания, побеждают или нет в этой борьбе за счастье быть собой, за место под солнцем. Безусловно благодарна писателям, которые описывают, как их герои с честью выходят из смертельных, безвыходных ситуаций, они — подсказки для нас, психотерапевтов, когда мы вместе с пациентами ищем решение их запутанных жизненных проблем. Такие знания бесценны для рациональной психотерапии, способной развенчать заблуждения пациентов, их веру в рекламу, мифы, стереотипы.

Детективы, триллеры многие считают несерьезной, «легкой» литературой, а я их люблю и ценю. Знаю всех классиков и современных авторов, особенно зарубежных (в хороших переводах). Сюжет любого детектива строится на столкновении личности и общества, в котором буквально на каждом шагу опасности: наркоторговля, банды, безработица, эмигранты всех мастей.

Всегда важен главный герой — полицейский. Чаще всего это симпатичный, умный, неординарный человек (и мужчина, и женщина). Интересно следить за его работой, приключениями, семейной, личной жизнью. Это так затягивает, что покупаются целые серии книг про конкретного героя, он становится очень близким, родным, как живой человек, как друг. Обогащается наша жизнь. Надо выживать, растить детей, внуков в этом мире. Обладаю способностью погружаться в переживания героев, получаю катарсис, разрядку.

Особенно интересно мне, врачу читать книги про врачей, психологов, ученых. Они тоже участвуют в расследовании, но видят

все через свою призму, с высоты специальных знаний. Многие писатели производят впечатление образованных в медицине и психологии людей, и даже являются врачами и психологами. Назову наиболее известных — Рут Ренделл, Элизабет Джордж, Джонатан Келлерман, Ларс Кеплер, Эндрю Мэйн, Пола Хокинс.

О ПОЖИЗНЕННЫХ ГРУППАХ ТВОРЧЕСКОГО САМОВЫРАЖЕНИЯ

Проф. М. Е. Бурно

5 лет назад был вынужден по болезни уйти с кафедры психотерапии и клинической психологии РМАНПО (Москва, зав. каф. — проф. Виктор Викторович Макаров), где проработал 47 лет в развивающейся отечественной клинической классической психотерапии — ККП. До того — 7 лет психиатрической, психотерапевтической практики в деревне и в Москве. ККП — есть в своём проникновенно клиническом, одухотворённом преломлении, прежде всего, рациональная психотерапия Дюбуа, Консторума, консторумское живое активирование, кречмеровская клиничко-аналитическая терапия, задушевная гипнотерапия, аутогенная тренировка. И ещё, тоже развивающаяся, отечественная терапия творчеством, созвучная российской духовной культуре, на основе изучения вместе с пациентами их природных характеров и душевных расстройств. Расстройств депрессивных, невротических, невротизированных и других не остропсихотических — с гиппократовым уважением к природе и желанием помочь ей лечить совершеннее [1 – 3, 5]. Первые заметки-публикации о терапии творчеством такого рода, первые группы творческого самовыражения (главнейшее в практике этой терапии) были уже в 70-х гг. прошлого века [1, с. 160 – 166; 5; 7]. Написал всё это, чтобы напомнить себе, что немало пытался помогать хроническим дефензивным тревожно-депрессивным пациентам в группах творческого самовыражения в психотерапевтической гостинице. Кстати, к этому кругу расстройств близки и некоторые тяжёлые пациенты с хроническим ПТСР.

5 лет продолжаю тревожно наблюдать из домашнего «инвалидного угла» происходящее в нашей психотерапии, составляю из черновиков материалы к лечебным занятиям в группах творческого самовыражения и ещё очерки. Их публикуют «Психологическая газета» и «Профессиональная психотерапевтическая газета». Всё это — благодаря Алле Алексеевне, моей жене. Поддерживаем друг друга, как можем.

ККП и мой метод в ней (ТТСБ) ещё живы на кафедре, как и в других местах России. Но состояние многих наших кафедральных тревожно-депрессивных хронических пациентов ухудшилось. Ухудшилось вследствие перемены нашей жизни: долгая ковидная пандемия с вынужденным онлайн, трудные отношения с диспансерной клинической базой. Лишение гостинной для работы с группой, актового зала для нежного театра времён Елизаветы Юльевны Будницкой и потом театра, зажигающего души, доц. Инги Юрьевны Калмыковой. Правда, сейчас, с переездом кафедры в Психиатрическую Больницу Усольцева, быть может, отношение этой Больницы к кафедре будет помнить художника Врубеля, который там в своё время лечился и рисовал. Об этом так ярко говорит доц. Инга Юрьевна Калмыкова, сотрудник кафедры и руководитель модальности ТТСБ в Лиге (ОППЛ).

Доц. Людмила Васильевна Махновская (спасибо ей за это!) вынуждена, по причине своей большой кафедральной загруженности, проводить свои, с одухотворённым клиницизмом, группы творческого самовыражения для пациентов и учащихся не раз в неделю, а всего 2 раза в месяц и притом онлайн. При всём серьёзном отношении проф. В. В. Макарова к отечественной психотерапии, отечественным творческим группам [4]. Говорю здесь лишь об этих наших кафедральных группах, поскольку сам отчётливо вижу печальный эксперимент, поставленный над ними переменой жизни.

Что же случилось? За годы отмеченной ослабленной работы с группами общался с пациентами в переписке, по телефону, молча участвовал онлайн во всех групповых занятиях и отмечал про себя, что хорошо знакомые мне пациенты клинически выра-

зительно «расклеились», как и сами некоторые из них выражались. «Расклеились», прежде всего, без прежних еженедельных групп офлайн. Выяснилось, что прежде группа творческого самовыражения многие годы «давала заряд вдохновения со смыслом жизни на неделю», с ожиданием следующей гостинной. Выяснилось, что онлайн — это всё же не живое личное целительное общение, помогающее становиться самим собою во всём новом постижении себя и других, в духовной собранности, с чувством состоявшегося ещё одного «лечебного праздника». Теперь, с перерывами, снова «теряется своё «Я»», чувство-понимание собственного предназначения в жизни. И нет уже возможности издаваться на бумаге, пусть малыми тиражами, как прежде. Психотерапевтические тонкости, подробности работы группы вообще см.: 1 – 3, 5 – 8.

Для меня несомненно, что есть немало сравнительно тяжёлых (но без выраженного дефекта) дефензивных хронических эндогенно-процессуальных пациентов (в т.ч. работающих), которым для «по-настоящему человеческой жизни» мало одной лекарственной помощи и необходима постоянная групповая, как бы полусемейная, проникновенная терапия творчеством в нашем духе. Терапия пониманием-ощущением себя в мире. И притом отечественная, родная. Она становится повседневной жизнью не только пациентов, но и самих психотерапевтов. Эта *пожизненная реабилитационная* терапия не терпит значительных перерывов и цифровизации. Произошло углубление, усложнение расстройств — личностное и психотическое. Стали возвращаться срывы (в том числе агрессивные) по причине, по-моему, углубления душевной разлаженности с размыванием «Я», размыванием чувства тёплого родства с близкими, чувства *прояснённого* (Л. А. Тарасенко) происходящего вокруг [9], размывания понимания своего, повторю, предназначения в жизни во имя добра. Ручеёк творческого вдохновения не должен высыхать. За десятки лет прежней длительной помощи в гостинной без онлайн было немало продолжительных удивительных ремиссий.

Вспоминаются любимые ушедшие пациенты, со временем стойко ставшие собою, долго жившие в ТТСБ, в наших группах. Сергей Вадимович Втюрин (1958 – 2019), глубокий поэт [6, 8]. Александр Серафимович Соколов (1938 – 2021), инженер, проникновенный психотерапевтический писатель [8]. Александр Абрамович Капустин (1943 – 2021), психологический преподаватель-писатель ТТСБ для товарищей и психотерапевтов [8]. До последних своих дней они жили благодарными воспоминаниями о наших многолетних, пожизненных для них, группах с экраном, свечами, чаем.

Впрочем, остаётся сказать, что даже сравнительно редкие группы творческого самовыражения с онлайн, пропадающим по временам онлайн голосом и другими трудностями по обстоятельствам, — всё же лучше, чем жить вообще без гостинной (даже такой досадно обеднённой).

Литература: 1. Бурно М. Е. Клинич. психотер. (2006); 2. Клинич. театр... (2009); 3. Коротко... (Психол. газ., 14.4.2022); 4. Что может... (Психол. газ. 13.11. 2023); 5. Бурно М. Е., Калмыкова И. Ю. Практикум...(2018); 6. Мижерова К. М. Независ. психиатр. журн., 2022, III, с. 90 – 91; 7. Мижерова К. М. Там же., 2023, II, с. 41 – 42.; 8. Практ. руков... под ред. М. Е. Бурно и Е. А. Добролюбовой (2003); 9. Тарасенко Л. А. Психотерапия, 2011, № 3, с. 60 – 65.

СТАНОВЛЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА В ПОЛНОТЕ ЗАЛОЖЕННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ: РЕЛИГИЯ, ФИЛОСОФИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ ТТС М. Е. БУРНО КАК ОБРАЗ ЖИЗНИ

Т. Е. Гоголевич⁶

В непреходяще актуальной проблеме постижения человеческой души сходятся религия, философия и психотерапия. О становлении человека в полноте заложенных возможностей находим у Антония Сурожского: «наш долг — вырасти в полный свой рост, иначе все, что мы ни делаем, не имеет цен-

ности» (Митрополит Антоний Сурожский. Человек перед Богом. М., 2006), таинстве творческой самореализации — у Н. Бердяева: «в деле творчества человек ... предоставлен самому себе, оставлен с собой, не имеет прямой помощи свыше. И в этом ... великая премудрость Божья» (Бердяев Н. Смысл творчества (Опыт оправдания человека). — М., 1916).

Психотерапия в той или иной степени является и философией, и духовной культурой. Таковой представляется и аретотерапия А. И. Яроцкого (1908 – 1917), и «активирующая психотерапия» С. И. Консторума (1959).

Терапия Творческим Самовыражением М. Е. Бурно (ТТСБ) (Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением (отечественный клинический психотерапевтический метод — М, 2012) видится собственно духовной культурой и особой философией.

Целебный механизм ТТСБ — вдохновение. По М. Е. Бурно, «творческое вдохновение... как основа любой Духовно-ориентированной психотерапии (Терапии духовной культурой) — это светлое духовное (в широком смысле) переживание, наполненное Любовью и Смыслом». Человек идеалистического мироощущения ощущает Вдохновение как нечто изначально духовное, ниспосылаемое в его телесный приёмник (религиозный — как Благодать свыше). Для одухотворённого материалиста его собственное тело, источник духа, светится творческим Вдохновением, излучая его. (Бурно М. Е. Духовность (одухотворённость) в отечественном методе «Терапия творческим самовыражением М. Е. Бурно» (ТТСБ) //Психотерапия. 2016 г. № 5).

Естественно-научный, «земной» метод ТТСБ в нашем опыте привлекает к себе многих аутистических пациентов (в том числе пациентов с шизотипическим и шизоаффективным расстройствами с преобладанием аутистического радикала в структуре личности), благодарных методу за научение пониманию особенностей своего характера и характеров других людей, природы душевных расстройств, что помогает хотя бы на время «выйти на ... твердую землю из высот заоблачного духа, космически-изначальной ду-

⁶ К.м.н., психотерапевт-реабилитолог в ГБУЗ СО Тольяттинский ПНД (Самарская область, Россия).



Илл. 1. «Утренняя серенада (Флейта Пана), или мое лето-2023». На яхте сын И., в состоянии медикаментозной ремиссии вернувшийся к парусному спорту.

ховности» (Бурно М. Е. О самом главном в терапии творческим самовыражением М. Е. Бурно (ТТСБ) сегодня // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. № 3).

Группы долгосрочной ТТСБ автора метода продолжают годы. Но и многие мои пациенты, пройдя Краткосрочный курс ТТСБ, или КрТТСБ (Гоголевич Татьяна. Психотерапевтическая помощь людям сложного характера (Краткосрочная терапия творческим самовыражением пациентов с шизоидной и психастенической психопатиями) // Lambert Academic Publishing, Saarbrücken, 2015), продолжают жить в ТТСБ.

В указанной выше книге, в разделе «синтоноподобные шизоиды» описывается история болезни пациентки И. Напомним, «синтонность» таких людей — своеобразный налет на аутистическое характерологическое ядро. Как и другие аутистические личности, они более или менее осознанно ощущают

первичность Духа (Гармонии, Истины, Красоты, Любви) по отношению к телесному.

И. обратилась за психотерапевтической помощью 33 г. назад в 27 лет по настоянию священника, которому доверяла. В возрасте 31 г. прошла курс КрТТСБ совместно с мужем, человеком тревожно-сомневающегося характера, с которым к тому времени находилась в формальных отношениях. В ходе ТТСБ отступило чувство враждебности мира, появился интерес к другим характерам; приняла активное участие в разработке «правил общения с другими характерологическими радикалами». К концу КрТТСБ восстановился «душевный и духовный контакт» между супругами благодаря занятиям о характерах и в том числе благодаря знакомству с творчеством друг друга. По окончании курса КрТТСБ, придя к выводу, что драматургия и педагогика (прямая работа с людьми) не подходят ей по складу характера, сменила профиль работы (читает лекции по литературе, истории, православию в православной школе для учителей и учащихся, организует литературные вечера). После КрТТСБ в семье жили сплоченно, осознанного окружая себя здоровой обстановкой, немногими созвучными творческими людьми, «сделав терапию творческим самовыражением образом жизни». 3 года спустя у супругов, до того воспитывавших дочь И. от первого брака, родился сын, что было большим счастьем для семьи.

14 лет назад умер муж И. от инфаркта. Оставшись с дочерью непростого характера и 11-летним сыном, не получая помощи от родных, И. сумела воспитать обоих детей, «сохранить себя» и пережить болезнь сына, начавшуюся в 16-летнем возрасте. По ее словам, ей помогли Вера в Господа, а также опыт групп ТТСБ, научивших жизни с творческим поиском «в горе и радости». Знание характерологии помогло ей выстраивать отношения с людьми разных характеров и защищать свой личный мир, куда она по-прежнему пускает немногих. В нашем городе на базе психоневрологического диспансера И. организовала клуб помощи душевнобольным и родственникам душевнобольных. В определенной степени И. стала врачом для своего больного сына, помогая

ему жить полноценной, творческой жизнью вне приступов.

На просьбу объяснить теперь, 33 года спустя, чем для нее была и стала ТТСБ, И. ответила строками О. Мандельштам:

*«...Чужая речь мне будет оболочкой,
И много прежде, чем я смел родиться,
Я буквой был, был виноградной строчкой,
Я книгой был, которая вам снится.
Когда я спал без облика и склада,
Я дружбой был, как выстрелом, разбужен».*

ВОЗМОЖНО ЛИ СЧАСТЬЕ В СЕМЬЯХ ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ?

Л. В. Махновская⁷

В докладе рассматривается тема семейного счастья у пациентов с шизофренией и шизотипическим расстройством. Основой психотерапии данных пациентов (с позиции клинической классической психотерапии (ККП)) является целенаправленно формируемый особый эмоциональный контакт между пациентом и психотерапевтом, который предполагает человечески-теплые, личностные отношения на целебной для пациента дистанции (подробнее: Бурно М. Е. Клинический театр-сообщество в психиатрии, 2009, с. 132 – 158; Махновская Л. В. НПЖ, 2020, вып. I, с. 52 – 53). При таком подходе тема семейных отношений в психотерапии звучит всегда. Иногда семейные трудности могут быть самостоятельной причиной обращения за помощью. Многолетние наблюдения приводят к выводу, что есть случаи подлинного счастья в семьях этих душевнобольных людей. Перефразируя Л. Н. Толстого относительно к семьям пациентов, страдающих шизофренией и шизотипическим расстройством можно сказать так: они бывают и несчастливы по-своему и счастливы тоже глубоко своеобразно.

Как по-разному могут быть несчастливы семьи больных шизофренией, мы знаем (психозы, случаи суицида, тяжелые нарушения поведения, трагический опустошающий

дефект личности). Рассматривая вопросы семейного счастья, мы в большинстве случаев оставляем в стороне ядерные злокачественные формы шизофрении, психопатоподобные формы с грубыми расстройствами поведения. По-видимому, вероятность счастья возрастает в тех случаях, когда у супругов больше дефензивности и психастеноподобности, а значит и критичности, личностной сложности, одухотворенности и творческого богатства. В таких парах отсутствие пылкой страстности в интимной близости «компенсируется» чувством взаимного тепла и духовного созвучия. Мы видим такие семьи со своим, иногда мимолетным (до трагического поворота болезни), иногда длинную в жизнь, счастьем «сквозь болезнь».

Какова природа такого счастья и в чем его особенность? Чтобы вникнуть в этот вопрос нужно рассмотреть особенности душевной жизни пациентов данной группы, тесно связанные с самой природой шизофрении.

Блейлеровские схизис и аутизм как осевые расстройства шизофрении определяют во многом душевный строй пациентов, пронизывая их личность. В ККП схизис (расщепление и раскол личности) рассматривается одновременно с ценностной точки зрения там, где перед нами предстает богатая, сложная личность, как творческая нестандартность, оригинальность, свобода от условностей (подробнее: Бурно М. Е. в журнале Психотерапия, 2020, №4 (184), с. 42 – 70). Аутизм, с одной стороны, «отщепление» от действительности с фиксацией на внутренних переживаниях и «стусшевывание» «границ между Я и другими личностями, миром...», с другой стороны, в случае творческой личности, он связан с рождением необычайных, порою сказочных, внутренних миров (неисчерпаемый творческий источник). Схизис и аутизм обуславливают чувство одиночества и «инаковости» (Махновская Л. В., НПЖ, 2021, вып. III, с. 67 – 68). В статье «О «чувстве шизофрении» (Психологическая газета от 18.12.2021 URL: <https://psy.su/feed/9673/>) М. Е. Бурно приводит яркое описание особого полифонического характера с мозаикой различных радикалов внутри себя, которые «подвижны, перемешиваются, отщеплены друг от

⁷ К. м. н., доцент кафедры психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, руководитель модальности Клиническая классическая психотерапия ОППЛ, Москва.

друга, порою толпятся, бурлят...», «и каждый радикал, в свою очередь, тоже расщеплён».

Эти страдающие люди трудно вписываются в мир здоровых людей с категориями здравого смысла, но подобных себе зачастую тонко чувствуют, понимают и принимают, чувствуют творческую ценность полифонической личности. И может возникнуть взаимное притяжение и любовь, если в сложной мозаике полифонических характеров друг друга возникнут грани и пласты созвучия. Бывает нередко и любовь с первого взгляда. Может возникнуть и глубокая взаимная привязанность с «врастанием», «растворением» друг в друге по типу так называемой симбиотической привязанности (схизис + аутизм → «стушевывание» межличностных границ). Отношения, как правило, больше похожи на братско-сестринские, родственные, в которых нет места яркой чувственности, но есть тихая теплая любовь-привязанность. Этот «симбиоз» трудно назвать «со-зависимыми отношениями» в негативном смысле, т.к. во многих случаях, особенно в случаях высокой дефензивности-одухотворенности, он представляет человеческую, творческую ценность. Страдающие люди чувствуют переживания друг друга изнутри самих себя. Они принимают друг друга как есть в большей или меньшей степени. Со чувствуют друг другу, как бы сливаясь своими душами. В этом одухотворенном слиянии смягчается специфическое переживание одиночества-инаковости.

Конечно, могут быть и болезненные конфликты, большей частью специфические «депрессивные истерики» с прояснением отношений. Но с этим можно психотерапевтически совладать, обучая этих пациентов большему пониманию и принятию (через изучение элементов психопатологии, характеристики, применяя метод Терапии творческим самовыражением проф. М. Е. Бурно).

ПРИОРИТЕТНОСТЬ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ МАЛОПРОГРЕДИЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С АФФЕКТИВНЫМИ ПРИСТУПАМИ

Е. О. Елистратова⁸

Несмотря на то, что каждый психотерапевтический метод включает в себя элементы поддерживающей терапии, в работе с пациентами, страдающими шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, имеет смысл отдавать предпочтение именно поддерживающей психотерапевтической тактике ведения. Выбор подобной тактики связан с тем, что пациенты этой группы испытывают чувство незащищенности и недоверия к миру, сомневаются в своем праве на существование в качестве отдельной личности. Испытываемые трудности в ощущении и познании границ между внутренним миром и внешним не дают в полной мере осознать собственное Я. Применение к психотическим пациентам каких-либо подходов, которые допускают некоторую долю неопределенности, например интерпретация, скорее, будут только разжигать их внутреннюю душевную запутанность. Таким образом, поддерживающая психотерапия — приоритетный метод при лечении психотических пациентов.

В основе доклада лежит опыт психотерапии с пациенткой, страдающей малопрогредиентной шизофренией. Приступы аффекта, выражающиеся в гневливости, стремлении разоблачить, уличить в некомпетентности и обесценить фигуру психотерапевта, у данной пациентки, периодически наплывающие в момент терапевтических сессий, усложняли установление надежного терапевтического альянса. Наличие разнонаправленных стремлений пациентки: желание сблизиться и желание сохранить собственную автономию, также не способствовали возникновению доверительного контакта. В работе с данной пациенткой я выде-

⁸ Ординатор 2-го года кафедры психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Москва.

лила основные опорные точки, вокруг которых выстраивается поддерживающая терапия: соблюдение кадра, демонстрация надежности, эмоциональная искренность, отражение.

Важный аспект в терапии с любым пациентом является кадр. Он подразумевает постоянство места, времени и условий терапевтического действия. В мире полном хаоса, неизвестности и невозможности достичь тотального контроля над чем-либо или кем-либо, необходимо место, где можно было бы почувствовать безопасность, где можно спокойно думать и говорить все, что придет в голову. Когда пациент осознает, что все то, что с ним происходит на сеансе не является чем-то случайным, а что у существующего порядка есть смысл, то тогда внешний порядок интериоризируется и становится внутренним.

Демонстрация надежности — это то, без чего не может состояться терапевтический альянс с психотическим пациентом. Надежность психотерапевта выражается в умении принять и желании понять пациента, таким образом соблюдая принцип нейтральности. У психотических пациентов уровень базового доверия крайне низок или отсутствует вообще, поэтому основная задача терапевта — создать безопасное пространство вокруг себя и пациента на время сеанса, реализуя

эту задачу за счет демонстрации принятия пациента как равного себе.

Кто имел опыт общения с пациентами, страдающими шизофренией, знает, что такие пациенты скорее чувствуют, испытывают, чем понимают. Экспрессивная выразительность их чувствования затмевает вербальную способность к общению. Они очень тонко ощущают малейшие эмоциональные колебания окружающих, воспринимая сигналы через жесты, мимику. Помня об этом, психотерапевту стоит подкреплять свою вербальную коммуникацию мимической актуализацией для большей эффективности, чтобы быть понятым пациентом. При считывании пациентом изменения эмоционального фона терапевта или изменения отношения к пациенту, не стоит укрывать, отрицая замеченное им, ведь так расшатывается и без того неустойчивая его связь с реальностью.

Пациент через отражение, через отношение терапевта к нему, которое вербально и невербально транслируется, учиться познавать себя и выстраивать отношения с самим собой. Суть отражения заключается в том, чтобы увидеть себя и почувствовать через другой объект. Когда психотерапевт отражает пациента как в зеркале, то подтверждает его существование, чего как раз и не хватает психотическим пациентам.

Конгресс Европейской психиатрической ассоциации

5 – 8 апреля 2025 г. в Мадриде

**В СТОРОНУ РЕАЛЬНОГО МИРОВОГО СОТРУДНИЧЕСТВА
В СФЕРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

<https://epa-congress.org/>

Шизотипическое личностное расстройство — шизофренический «спектр» или собственно расстройство личности и поведения в зрелом возрасте?

Разбор ведет В. В. Мрыхин¹, врач-докладчик А. А. Смирнова²

Областная ежемесячная клиническая конференция кафедры психиатрии и наркологии Ростовского государственного медицинского университета. Присутствуют 120 врачей-психиатров, психотерапевтов, клинических психологов, учебных ординаторов двух кафедр психиатрии.

Пациентка: Г. Мария Борисовна. 04.03.1998 (30 лет). Обследовалась и лечилась в дневном стационаре психотерапевтического отделения РостГМУ в марте 2024 года.

Анамнез:

Наследственность психопатологически отягощена: у дедушки по линии матери во взрослом возрасте прогрессирующие поведенческие нарушения в виде хординга, в последние года жизни — грубые нарастающие когнитивные (дементные) нарушения; родной дядя по линии отца (единоутробный брат отца) страдал олигофренией. Мама по характеру спокойная, добрая, рациональная. Папа по характеру: спокойный, добрый, ответственный. Оба родителя имеют высшее образование, окончили биологический факультет; мама занимает руководящую должность в Россельхознадзоре. Родилась от первой беременности, протекающей физиологично. Мать на последнем месяце беременности лежала на сохранении в связи с подозрением на гипоксию плода, которая в дальнейшем не подтвердилась. Роды в срок с помощью стимуляции из-за недостаточной родовой деятельности. В родах был применен метод Кристеллера. К груди при-

ложена не сразу в связи с переводом матери в палату интенсивной терапии из-за кровопотери. Масса тела при рождении 3600 г, длина тела 55 см. Находилась на грудном вскармливании до одного года. Матери на момент рождения 24 года, отцу 25 лет. Психосоциальное развитие без особенностей. Со слов мамы, когда пробанду было 3 месяца, невролог сообщал «о больших проблемах из-за дрожащего подбородка и что-то с пальцами рук», но в полгода на приеме у другого невролога никакой патологии выявлено не было. Воспитывалась, в большей степени, бабушкой и дедушкой по линии отца. Проживала совместно с родителями, бабушкой и дедушкой по линии отца в трёхкомнатной квартире, с возраста 10-ти лет совместно с ними стал проживать родной дядя с олигофренией. Жила в комнате сначала с бабушкой, после ее смерти с дедушкой, «но он на меня не смотрел, не подумайте». Родители постоянно работали, но находили время для уделения внимания пробанду. Сообщает о том, что родительского тепла хватало, считала, что «всё есть и, значит, всё нормально, я не понимала, где там что не хватает». Часто с дедушкой посещала его друзей — «интеллигентных собутыльников». Там находила себе занятия: любила рассматривать предметы в доме, либо «занятия подкидывали». Со слов матери, семья всегда испытывала напряжение из-за сложившихся обстоятельств: дед всё в дом та-

¹ К.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии РостГМУ.

² Ординатор второго года кафедры психиатрии и наркологии РостГМУ.

шил, а дядя любил в этом рыться. Страдала ротацизмом, но занятия с логопедом особо не посещала, «с этим и так жить можно».

Детский сад не посещала из-за опасений родных, связанных с родным дядей, который получил ЧМТ в детском саду по вине воспитателей, после которой, по их мнению, развилась задержка интеллектуального развития. Несмотря на это, росла, по ее мнению, активным ребенком. Любила фантазировать, выдумывала «другие измерения», казалось, что «тут как-то не очень, а где-то там...в прекрасном далеко, где единороги, пегасы и иже с ними было бы интереснее». Понимала, что их нет в реальном мире, но всегда про них думала, «пожалуй, меня это успокаивало, потому что тут было скучно». Всегда осознавала границы реальности и вымысла. С детьми «более-менее контактировала, но были мелкие детские конфликты», «помню, что играла с ними, но кто первый начинал контакт, не помню». Со слов мамы, была интровертированным ребенком, не нуждалась в общении с другими детьми, всегда имела свое мнение, отличалась «оригинальными ответами», имела твердый характер и своё мнение, против собственной воли ничего не делала. С возраста 3 – 4 лет начала заниматься мастурбацией, «но удовольствия особого не испытывала», трогала себя руками через одежду, «оттуда не вылазила вообще, если тереть какое-то время, то ощущения все-таки приходили», занималась этим больше с «исследовательской целью». Часто за этим делом ловили родители, стыдили, говорили, что «это грязно», запугивала, что от этого не будет детей, «а я тогда думала, что дети нужны». После узнала, откуда берутся дети и подумала, что «хорошо, если их не будет». Сильного желания иметь семью в будущем в детстве не испытывала, «мне транслировали дурацкую идею, что девочки-это принцессы, и они выходят замуж за принцев, плюс это было в мультиках, но я не особо хотела выполнять эту модель», «хотя сначала было прикольно воображать себя принцессой, но ненадолго, понимала, что это ж не про меня история, а про ту принцессу», «про себя такую историю выдумать было сложно, чаще додумывала истории других, но чужих принцев уводить не хотелось». В течение 5 лет к себе не прикасалась, но в возрасте 10 лет усилилось либидо, стала

получать удовольствие и продолжила мастурбировать. Привыкла хорошо прятаться, «квартира завалена, родители заняты, комната свободна, а я научилась делать физиономию, будто бы я последние 5 минут ничего не делала». В 5 лет посещала подготовительные занятия к школе, где первое время не хотела сидеть ни с кем за одной партой, от возмущения залезала под стол, но вскоре благодаря преподавателю адаптировалась. С заданиями «справлялась лучше, чем можно было подумать». В школу пошла в 7,5 лет, адаптировалась непросто, имела трудности с одноклассниками, «они были очень балованными». В первом классе эпизодически обижал сосед по парте, жаловалась на него учительнице, «он трогал руками, а я побаивалась». С этого момента стала испытывать враждебность к мужскому полу. Классный руководитель в открытую говорила матери: «девочка у вас явно ненормальная, потому что и семья у вас ненормальная». В 4 классе подружилась с новенькой одноклассницей, с которой поддерживала связь вплоть до 9 класса, пока подруга не выпустилась из школы. В 2005 году (11 лет) начались конфликты с одноклассниками, «всё началось с кошелька в виде обезьяны с рюкзаком, который мне подарила бабушка, я без задней мысли стала его носить, вещь-то нужная; что подарили-то подарили». После этого одноклассники стали обзывать пробанда «обезьяной и Гаврюшей», а потом и вовсе «проституткой», «тогда их начали интересовать эти темы, и они слово новое узнали». Это очень задевало пациентку, «а если я не люблю эту тему, значит точно в больное место ткнут». Могла постоять за себя и словесно, и кулаками, «кто меня обзывал-била сама». Поначалу с гибкостью переносила оскорбления от одноклассников, потому что думала, что это нормально. Со временем стала периодически плакать после школы и думала «почему всё так, почему не может быть так, чтобы этого не было». Приходя, домой уже ожидала следующий день и что всё вновь повторится. Отвлекалась, садясь за уроки, играя в компьютерные игры, играла во все подряд, в основном, в аркады, установленные на компьютере. В школе, в основном, «было или скучно, или пакостно», всегда думала: «дурацкой школе конца и края нет, вот бы она взорвалась...но, без

нас, конечно, но вот она всё еще стоит, ну и пусть стоит». Со слов матери, в средней школе у классного руководителя претензий к пробанде не было. Параллельно посещала кружок зоологов, где ладила с коллективом, при кружке с удовольствием посещала детский лагерь. Менархе в 11 лет, цикл установился сразу, регулярный. Изменений в характере не отмечала. С возраста 12 лет посещала кружок шитья, нравилось увлекаться этим делом, тем более очень нравилась преподавательница как человек. В 13 лет во время отдыха в летнем лагере в Джубге, не поладила с отрядом из-за обсуждений сверстников на сексуальные темы, но в обсуждениях при этом участвовала. Отстаивала свое право на то, что не обязательно лишаться девственности, несмотря на утверждение, что «ее теряют до 14, не позже». Сверстники доставали с одними и теми же вопросами, «окружали с непонятными намерениями и что-то говорили, но до драки дело не доходило, обещали произвести коллективное соитие», а «я показывала решимость их убить раньше, чем они что-то со мной сделают; если бы они исполнили свое обещание, то, возможно, я кого-нибудь убила, не факт, что это бы получилось, но уверенность в таком была». Звонила маме со слезами и просьбой забрать ее из детского лагеря, «иначе произойдет смертоубийство». В возрасте 15 лет (2009 год) была госпитализирована по поводу пневмонии, в течение месяца проходила стационарное лечение. После перенесенной болезни стала чувствовать себя физически слабее, стала испытывать тяжесть в голове, на протяжении года после болезни отмечалась субфебрильная температура. Стало труднее учиться. Отмечала постоянное сниженно-апатическое настроение, что угнетало пробанду, ей казалось, что она из этого уже не выйдет никогда. Родители также заметили явные изменения в состоянии пробанды, посещали врачей, «проходили какое-то лечение», но состояние оставалось прежним. Со слов матери, был обнаружен активный вирус Эпштейн-Барр. Сообщает, что общий фон настроения был постоянно сниженным, чувствовала тоску и «что впереди мрак», сложно описать эмоции, настроение описывает как 3 – 4 балла/10. До этого всегда думала, что ей повезет, а после болезни все надежды пропали.

Определенной мечты кем-то стать по-прежнему не было, хотела «просто кем-нибудь с заработной платой, чтобы прожить одной без мужа. К тому же, родители говорили, «что образование в нашей стране не ценится и велика вероятность, что я буду дворником, говорили в шутку, а я, пожалуй, воспринимала всерьез». Несмотря на общий фон настроения, могла испытывать удовольствие от любимых дел или когда что-то получалось, «хотя тогда уже редко что-то получалось». Часто сравнивала себя с другими, не считала себя особенной или лучше кого-то. С этого возраста, когда осознала свою неспособность к полноценному труду, стала считать себя «больной физически», «ментально будто бы не изменилась». В 2012 году (18 лет) успешно сдала ЕГЭ, набрала 100 баллов по литературе. Особым своим достижением это не считает, говорит о том, что «это всё из-за платного репетитора, её заслуги в этом нет». Литература нравилась, любимые писатели Ф. М. Достоевский, Л. Н. Толстой. На вопросы о том, как анализирует произведения, отвечает: «без особого смысла, но энциклопедия жизни. Принято считать, что смысла там много, но его нет», а «школьное обучение сводится к тому, что нужно запомнить то, что принято читать критиками, а вообще я от этого плевалась».

В 2012 году (18 лет) поступила в институт сервиса и туризма на специальность дизайнера одежды. С этого момента стала проживать совместно с бабушкой по линии матери в связи с тем, что в квартире для её специальности не было места и нужно было присматривать за бабушкой, «отправили почти как в ссылку, но нужно было поддерживать бабушку, чтобы у неё жизнь не такой поганой казалась», «а ещё оказалось, что мама за папу вышла не только потому, что он ей понравился, а потому что от бабушки сбежать хотелось, вот и подумайте...то, что мне досталось, мне этого с лихвой хватило». В тот период, приходя домой, думала о том, что «сдохнуть хочется», так как бабушка придиралась ко всему, а «я была упрямая», думала: «ааа... ты меня поломать хочешь, мне уже 18 лет, поздно вато из меня человека делать». Из-за этого впервые появились мысли «сделать себе харакири», рассуждала о том, что «если сейчас так плохо, то дальше будет еще хуже». Всё это оставалось на уров-

не мыслей, потому что не нашла способ, как уйти из жизни безболезненно, а боли боялась с детства. Настроение было устойчиво сниженным и даже стало несколько хуже из-за мыслей о смерти и напряжённой обстановки, чем до переезда к бабушке. Общий фон настроения на тот период оценивает на 2 – 3 балла/10. Бабушка постоянно на что-то обижалась и «отрывалась» на пробанде». Проживала совместно с бабушкой в течение четырех лет. Во время бабушкиных приступов плакала и боялась, поэтому во время этого специально засыпала, чтобы этого не видеть, «засну и все пройдет мимо меня», а бабушке такое поведение нравилось. С этого момента очень полюбила спать. Параллельно раз в год посещала фестивали косплея, несколько лет подряд в качестве участника. Отшивала себе наряды, когда на это было финансовая возможность. В институте обострилось чувство бесперспективности, училась слабо. Также считает, что многое зависело от настроения преподавателей, которые хотели их поменять, «но мне меняться не хотелось, предпочла оставаться собой, меня все устраивало». Когда были проблемы с учебой — могла договариваться с преподавателями самостоятельно. После смерти бабушки в 2016 году подумала: «наконец-то она освободилась, но и мы, в основном, тоже освободились», «да и вообще она на одной силе воле держалась, хоть у нее и такие диагнозы были, а воля у нее...». В 2015 – 2016 году (21 – 22 г.) пыталась работать в ателье после учебы, но «не вывезла». Также работодатель обращал внимание на низкую скорость шитья, хоть и отмечал качество пошива. Со временем скорости так и не добавилось, говорит о том, что всегда была такой, это ее привычный темп деятельности, по-другому не может, но также считает, что после перенесенной пневмонии скорость работы стала еще ниже. После смерти бабушки в 2016 году родители приобрели квартиру, в которой пациентка стала проживать самостоятельно. Несмотря на необходимость личного пространства, мама приезжала каждые выходные и «давала пинков», потому что убирала не так часто, как надо было. Сама же ощущала, что ее на самом деле не отпустили в самостоятельную жизнь, а «посадили на длинный поводок, а раньше был короткий», стали больше «пи-

лить», хотя в школе родители таким не занимались, потому что «тогда я казалась перспективным человеком». К тому же считала, что если будет работать, то сможет за все платить сама, «но не получилось». В 2016 году (22 года) влюбилась на фестивале косплея. Увидела молодого человека, Александра, и заметила, что «ать-два, он же похож на моего воображаемого друга, единственное создание, к которому я не равнодушна и я ему, он мне снится». Сообщает, что этот воображаемый друг всегда был в ее мыслях, часто появлялся во сне «независимо от женского цикла», «я, если что, это тоже проверяла». Пациентка всегда надеялась, что этот воображаемый друг не такой уж и воображаемый, что он где-то есть и находится не очень далеко, хотя всегда понимала, что в реальности его нет, «а тут появился этот товарищ». Когда влюбилась в молодого человека, похожего на ее воображаемого друга, подумала, что, возможно, это судьба и «влюбилась больным образом», с этого момента «могла прыгать температура до 38 градусов, мысли, зараза, все про него, отгоняешь, а они и отгоняются». В своих чувствах решила признаться первая, они оказались взаимными. Общалась с ним, совместно проводила время, гуляла, но «дружески, вы не подумайте, я не хочу, чтобы про меня так думали и я люблю, чтобы меня понимали правильно». Когда общалась с бой-френдом, хотелось плакать на пустом месте — «побочный эффект состояния влюбленности, как мне объяснили», «думаю сама, что от переизбытка чувств всех подряд». Было ощущение, что этих чувств слишком много и справиться с ними тяжело. Подробно описать, какие чувства испытывала на тот момент, затрудняется. Попрощалась с возлюбленным спустя 4 месяца общения, потому что «в ходе общения осознала, что он ещё более замороженный, чем я, а мне такое не надо». Прекратила общение, «было тяжеловато, но и ощущение, что я делаю все правильно». Мысль о правильно принятом решении доминировала и облегчала состояние на фоне сниженного настроения с преобладанием грусти от расставания. Делилась переживаниями с мамой, её подругой и дочерью мачиной подруги. Услышала мнение о том, что такое часто бывает и успокоилась, подумав, что «это когда-то пройдет». Не прошло

и года, «как это чувство угасло». Параллельно общалась с другим молодым человеком, Артемом, с которым познакомилась в 13 лет на форуме «анимешников» онлайн. Молодой человек был старше на 5 лет, «но он определенно не педофил». Было время, когда пациентка думала, что была в него влюблена. Друг по переписке лично посетил пациентку, когда ей исполнилось 18 лет. Говорит о том, что «он очень на меня похож: куча диагнозов по психической части», создавалось впечатление, что «зеркало рядом со мной, а мне уже самой себя хватает». Часто искала способ, за что бы его возненавидеть, чтобы поскорее отделаться, потому что молодой человек имел желание взять в жены пациентку, но ей супружество «плохо представлялось». Предлагал вариант совместной жизни без половых контактов, говорил, что «у него проблемы по части половой и не знал, сможет ли он чего-то делать», что вполне устраивало пациентку. Сообщает о том, что на мужской пол просто смотрит с интересом, но влечения не испытывает и считает, что только самостоятельно может доставить себе удовольствие. «Я из тех, кто медленно до этого доходит или вообще не доходит, мама говорила, что такая же была, а если я такая, как мама, то удовольствие от секса получить могу, но не сразу». Общение с молодым человеком устраивало дистанционно, вживую «было неприятно физически». Никаких эротических сцен с ним не представляла, «а вот с Александром всплывало, один раз даже приснилось и, вроде, так не сильно плохо было, во сне это не было отталкивающим». Периодически снятся сны на сексуальные темы, но про кого-то, обычно это мультяшные или полумультяшные персонажи, «мозг как нейросеть выдумывает и в разные позы ставит». На работу из-за низкой скорости пошива не брали ни на какие фабрики. На тех, где удалось поработать, всегда ругали за скорость и, если подгоняли, то изделие шло на выброс, потому что сразу страдало качество пошива. По договоренности в 2018 году пациентка пошла работать швеей в музыкальный театр. На собеседовании выставляла себя не в лучшем свете, испытывала страх, что вновь произойдет неудача и увольнение. Также после того, как услышала заработную плату в размере двадцати тысяч рублей (на предыдущем месте работы

было на десять тысяч меньше) даже повеселела и все сложности показались ерундой. В первое время нравилась зарплата, «а остальное все не в новинку: чистый цех и хороший коллектив я уже видела, другой вопрос, что я там лишний элемент». В 2019 году осенью по утрам стало «шатать, в прямом смысле этого слова, из стороны в сторону», появились головокружения, по ощущениям «всё плыло». Настроение оставалось на прежнем уровне сниженным, по степени было тем же. На рабочем месте предметы ощущались не так, как они есть, видела перед собой, но ощущала в другом месте и промахивалась. Из-за этого стала криво шить, «потому что не так руками держала». Из-за данной симптоматики и чувства физического изнеможения стала приходить на работу к обеду. «Было бы это так позорно и страшно, если бы у них в соседней комнате такая же не сидела», но коллеги считали, что пробанд ленивая и недостаточно себя заставляет. В этот период проживала самостоятельно и стала переживать о том, что отберут квартиру за её опоздания на работу, поэтому «переехала обратно к родителям с живым дедом, конкретно так себе на горло наступила...». Стали посещать врачей-интернистов для выявления причины, но врачи ничего не обнаруживали. Испытывала страх за свое здоровье. Немного помогал остеопат, сказал: «мои проблемы от травмы в родах, недолеченные, он что-то делал и спина болела чуть меньше», невролог диагностировал ВСД. Старалась держать себя в тонусе, на работу не опаздывала, потому что за этим следили родители, «адреналинчик дома вытягивал, боялась, что если будет так и дальше шататься, то квартиру отберут насовсем». Мать отмечала изменения в состоянии дочери, хоть и считает ее «минорным человеком», плаксивость, которая появилась в этот период, ей не свойственна, «она была твердым человеком». Также мать отметила и внешние изменения, «у нее будто бы стали стеклянные глаза, смотрела и не узнавала ее». Большую часть времени лежала, не могла помочь по дому, всегда говорила, что ей плохо. В июне 2020 года в связи с премьерой в театре увеличилось количество работы, с которой пациентка не справлялась, была напугана, что ее могут уволить по статье, в связи с тем, что она не могла выполнять

**ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
ОТ 08.07.2020 Г.**

(КЛИНИЧЕСКИЙ ПСИХОЛОГ ПОГОРЕЛОВА В. О):

в полной мере свои обязанности из-за состояния здоровья. Начальница попросила уволиться по собственному желанию. Самостоятельно приняла решение обратиться к психиатру по принципу «если творится какая-то ерунда и ничего не прошло, то это голова, а голова — это психиатры». Летом 2020 года обратилась к врачу-психиатру (д-ру В. В. Мадорскому) с жалобами на апатию, на мысли негативного характера по поводу своего будущего, беспокойств о том, что не сможет найти работу, хотя считает своё увольнение из театра самым радостным событием за прошедшее время, настроение на тот период описывает как «пофигистически-апатичное, но, грубо говоря, меня на тот момент все устраивало». Был установлен диагноз шизотипического расстройства, назначены солиан 100 мг/сутки, золофт 50 мг/сутки. Принимала лекарства на протяжении трех-четырех месяцев: ушли головокружения, пошатывания, настроение было чуть лучше, что также связывает с отсутствием работы, но апатия сохранялась. Из-за увеличения промежутком менструального цикла спустя 3 – 4 месяца приема самостоятельно прекратила прием препаратов (в общем срок приема около 6 месяцев). Отмечает, что в начале приёма терапии снизилось либидо, что очень расстраивало пациентку, потому что «жизнь стала еще менее красочной». После отмены препаратов стала «злбно плакать, не так, как когда была влюблена», усилилась апатия, настроение было все время нерадостным. Параллельно состояла на учете в центре занятости и за это время выучилась на парикмахера, «но это сильно сказано, просто есть лицензия от центра занятости». На курсах по парикмахерскому искусству сидела и плакала, потому что ее ругали за опоздания, а она про себя думала: «какие заразы, виноватой меня называли за то, что я опаздываю», «а я им объясняла, что со здоровьем полная хрень и я пока сюда добираюсь, боюсь, что меня на скорой увезут». Парикмахерское дело не то, чтобы нравилось, но хотелось научиться стричь хотя бы маму с папой, чтобы они не тратили на это средства. В течение полугода после отмены препаратов находилась в нерадостно-подавленном настроении. В это время впервые прошла психологическое обследование.

К экспериментально-психологическому исследованию относится формально положительно. На исследование приехала заранее, ожидая в коридоре, всё время пересаживаясь подальше от находящихся там людей. Фон настроения снижен. Мимика и пантомимика оживлена, отмечаются парамимии (вычурность актов экспрессии с необычными позами, утрированными жестами, гримасами, ужимками). Речь ускорена по темпу с манерными интонациями голоса и странным произношением слов, несообразной содержанию речи вокализацией. Контакт глаз периодический. Реакция на успех и неудачу внешне не выражена. Результатами не интересуется. Мотивация достижения достаточно высока и устойчива при столкновении с затруднениями продолжает поиск верного решения. Допуская ошибки, не всегда реагирует на коррекционное вмешательство. В целом хорошо усваивает смысл предлагаемых инструкций, удерживая их до конца. Предъявляет жалобы на «упадническое настроение», повышенную утомляемость, нарушение пространственного восприятия, «воспринимаю не так расположение предметов и из-за этого заваливаюсь в сторону». Родилась в полной семье единственным ребенком. Росла и развивалась согласно возрастным нормам. В школе с 7 лет, училась на «отлично». Была не общительная, подвергалась нападкам со стороны одноклассников. Посещала различные кружки по настоянию родителей, но ничем всерьез не заинтересовалась. Образование высшее, по специальности дизайнер одежды. По специальности не работала. Работала швеей в цехе, в ателье. Последнее место работы — швея в театре. откуда её попросили уволиться из-за регулярных опозданий на работу. В настоящее время не работает. Проживает отдельно от родителей. Характеризует себя как человека спокойного, но при необходимости готового «дать отпор», «мечтательная, наполовину оторванная от реальности».

Исследование активного внимания обнаруживает в целом сохранную способность как к длительной концентрации, так

и к распределению и переключению активного внимания, темп сенсомоторных реакций укладывается в рамки средненормативного разброса (отчет по таблицам Шульте 30 – 31 – 29 – 35 – 41).

Исследование памяти. Продуктивность механической памяти в рамках нормы, динамика непосредственного запоминания вербального материала (мет. «10 слов») 4 – 6 – 9 – 9 – 10. ретенция 8 (способность к удержанию в норме). Эффективность опосредованного запоминания в рамках нормы («пиктограммы») 11 из 12 воспроизведены правильно Ассоциации возникают легко, без увеличения времени реакции. Образы для опосредования носят чаще конкретный характер, адекватны по содержанию. Гест зрительной ретенции Бентона — 3 ошибки, что соответствует «низкой» норме.

Исследование сферы мышления. Темп, целенаправленность не нарушены.

Исследование формальных мыслительных операций обнаруживает достаточно сохранный уровень обобщения и абстрагирования при немногочисленных соскальзываниях на второстепенные признаки предметов и понятий. При выполнении пробы «четвертый лишний» из ряда предметов «конькобежец, мяч, коньки, лыжи» исключает мяч, а остальные предметы объединяет как «Имеют отношение к снегу». Следует отметить, что предыдущую пробу с выделением главных признаков «одушевленное» — «неодушевленное» выполнила верно, что указывает на неумение перенести уже знакомый модус решения знакомой задачи на решение новой задачи. Из четырех предметов «письмо, радиоприемник, балалайка, телефон» исключает письмо, а остальные предметы объединяет по признаку «издают звуки». Толкование пословиц в целом без нарушений. Выполняя классификацию, сразу стала объединять предметы по категориям, на этапе укрупнения кластеров, верно выделила три группы.

Личностные особенности (СМИЛ)
Код профиля по Уэлшу: 2"8'01734-56/9

Реакция на процедуру тестирования и установка испытуемого. Тенденция к избеганию откровенности и повышенному контролю за ответами.

Общее описание профиля. Профиль по максимальным значениям несколько пре-

высил границы нормы. что по выраженности отклонений соответствует степени акцентуации.

Эмоциональное состояние. Настроение резко снижено до степени депрессивного. Эмоциональное своеобразие со снижением способности к эмоциональным контактам. Уровень тревоги повышен.

Жизненная позиция. Пассивно-созерцательная.

Полороловое поведение. Соотношение выраженности мужских и женских черт. Полороловое поведение и сексуальная адаптация соответствуют общепринятым нормам, характерным для женщины.

Отношение к другим людям и положение в обществе. Гибкость, отсутствие злопамятности и застревания на обидах. Застенчивость. Трудности адаптации в больших коллективах. Узкий круг знакомств. Преобладание альтруистического направления в поведении над эгоистическим. Отсутствие лидерских черт в характере. При внешней серьезности и отгороженности — высокая чувствительность к наличию тесных, симбиотических отношений. Высокая потребность в близких отношениях и страх их разрыва. Обеспокоенность своей отгороженностью и трудностями социальной адаптации.

Отношение к собственной личности. Самооценка резко снижена. Идеи неполноценности. Возможен комплекс вины. Неуверенность в себе.

Наиболее вероятные реакции на стресс. Низкая стрессоустойчивость. Понижение самооценки. Чувство неполноценности. Пассивное, ведомое поведение. Отказ от реализации потребностей. Комплекс вины. Депрессивные реакции. Сужение круга контактов. Растерянность. Уход в мир иллюзий, мечтаний, фантазий. Ограничительное поведение.

Отношение к своему здоровью. Повышенное внимание к своему здоровью. При наличии реального соматического заболевания его симптомы могут вызвать усиление тревоги, беспокойства.

Особенности стиля мышления и ассоциативного процесса. Инертный стиль мышления в сочетании с аналитическим подходом к решению проблем. Замедление ассоциативного процесса. Нестан-

дартный подход к решению проблем. Склонность к преувеличению имеющихся проблем. Склонность к абстрагированию, свободному оперированию символами, отвлеченными понятиями.

Ведущие потребности. Потребность в покое, комфорте, уважении. Выраженная потребность в глубокой привязанности, любви, сопереживании, поддержке. а также положительной оценке со стороны близкого человека. Потребность в избегании конфликтов и чутком отношении окружающих. Стремление к сохранению своей индивидуальности.

Типичные защитные механизмы. Интрапунитивные реакции. Комплекс вины. Аутоагрессия. Снижение уровня притязаний и побуждений. Пассивное, ведомое поведение. Ограничительное поведение. Интеллектуализация. Эскапизм. Уход от реальных проблем в мир иллюзий, мечтаний, фантазий.

Другие особенности личности и психологического состояния. Богатое воображение. Мечтательность. Склонность к фантазированию.

Условия среды и направления деятельности, благоприятные для нормальной адаптации (имеют значение только при отсутствии явных психопатологических симптомов и состояния стресса, выявляемых при объективном обследовании). Любовь, понимание, положительная оценка со стороны близкого человека. Стабильные, тесные симбиотические отношения. Деятельность, не требующая быстрой реакции на изменение ситуации, инициативы и самостоятельности в принятии ответственных решений. Возможна хорошая адаптация в традиционно женских сферах деятельности: уход за больными, воспитание детей, моделирование и пошив одежды, приготовление пищи, косметология и т.д. Гуманитарные области знаний. Необходим индивидуальный подход, терпимость со стороны окружающих к индивидуальным чертам характера. отсутствие внешнего давления, жестких рамок, режимных видов труда. Творческий, свободный труд. Изобретательство; научная деятельность, связанная с анализом результатов исследований (естественные науки); области знаний, связанные с аб-

страгированием, знаковыми построениями (математика, программирование и т.п.) при IQ100. Требуется щадящий режим без стрессовых ситуаций.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТА МЦВ

Неустойчивая созерцательная позиция, трудности социальной адаптации, эмоциональность и субъективность пристрастий превалирует над рассудочностью. Нешаблонный, самобытный подход к решению проблем, оригинальность мышления. богатое воображение, недостаток практицизма, реалистичности. Индивидуалистичность, создающая трудности в попытках завязывания контактов. Ранимость, сензитивность. Трудно вырабатываются навыки общепринятых норм поведения. Тонкая нюансированность чувств. своеобразие интересов, суждений) сочетается с такими особенностями, как (потребность в прочной и глубокой привязанности, эмоциональном комфорте и защите от внешних воздействий. Потребность в понимании любви и поддержке является ведущей и поэтому наиболее легко травмируемой мишенью. Замкнутость, избирательность в контактах, аналитический склад ума, вдумчивый подход к решению проблем, инертность в принятии решений. Тормозимые черты, преобладание стремления к покою, уединенности, всплески активности быстро сменяются фазой пассивности). Эстетическая ориентированность. уход от житейских проблем в мир искусства. поэзию, мир фантазий. Неудовлетворенная потребность в признании, беспокойство, тревога, комплекс собственного несовершенства маскируется демонстративностью поведения. Высокий уровень притязаний сталкивается с ощущением собственной изолированности. Жажда одобрения и успеха неудовлетворена. Состояние характеризуется переживанием чувства одиночества и неуверенности, маскируемых напускным безразличием, презрительным отношением к критике в свой адрес. Впечатлительность. Стремление к своеобразным увлечениям, оригинальность и субъективизм в ценностной ориентации, чувствительность к средовым воздействиям и потребность в щадящей «социальной нише». Состояние разочарованности и бесперспективности, сопровож-

дающееся тревогой и чувством беспомощности. Бегство в мир иллюзорных представлений, отвечающих собственному настроению и желаниям.

Таким образом, выявляются признаки личностно-аномального патопсихологического симптомокомплекса (шизо-истероидный тип), а также отдельные элементы шизофренического патопсихологического симптомокомплекса, недостаточные, чтобы судить о наличии симптомокомплекса в целом.

Повторно обратилась к врачу-психиатру (д-ру Перехову А. Я). 24.09.2021 с жалобами на постоянные страхи перед будущим, на сниженное настроение, пессимистические мысли, постоянные мысли о смерти и самоубийстве (но ничего не планировала). Высказывала мысли о том, что ее напрягает то, что она не может определиться, зачем она живет, что ей планировать. Нравится больше времени спать, при этом сон не нарушен. Дома чувство скуки не испытывала, много времени проводила с гаджетами (рисовала в графическом планшете). Со слов мамы, большую часть времени проводит в кровати, не хочет ничего делать, ни с кем не общается. Хотя сама пациентка не испытывает чувства одиночества и недостатка в общении. Было установлено: Шизотипическое расстройство по МКБ-10. Малопрогредиентное приступообразное аффективно-неврозоподобное эндогенное заболевание с дебютом в детском возрасте и аффективным (депрессивным) манифестным приступом в пубертате. Назначено: арипризол 10 мг/сутки, золофт 100 мг/сутки. На данной схеме терапии отметила отсутствие плаксивости, ушли «навязчивые» мысли о самоубийстве, «стало как-то пофиг», но апатия сохранялась. Припоминает, что состояние ничем не отличалось от времени, когда принимала солиан, «просто особо ничего не боишься, но и ничего не хочешь». Несмотря на то, что вновь стала проживать с родителями, это не так сильно угнетало, «потому что дед уже успел умереть», «да и сама напросилась жить с родителями обратно, надоело ждать, пока они квартиру отберут из-за моего состояния, я сама пришла». В течение года от возобновления терапии «занималась ерундой всякой, не помню, пыталась ли устроиться на рабо-

ту». Прошла обучение на ретушера, которое оплатили родители, но на работу устроиться не удалось, хотя размещала резюме. Обучение было коротким, считает, что «справилась средненько», была заинтересованность, «уставала средне». Продолжала посещать косплей-фестивали, но уже в качестве зрителя, так как на пошив нарядов для образа нужны были средства. Общалась онлайн, но не помнит, с кем, «потребность в общении как была маленькая, так ей и осталась, одинокой я себя чувствую очень-очень редко, это мимолетно бывает, а так мне комфортно». 15 мая 2022 года повторно обратилась к врачу-психиатру Перехову А. Я. для корректировки лечения. Сохранялась апатичность, безволие, постоянная сонливость. Заключение: сохраняется адинамическая депрессия в рамках аффективно-неврозоподобного (малопрогредиентного) процессуально-эндогенного заболевания. Было рекомендовано продолжить прием арипризола до 10 мг/сутки, переведена с золофта на дулоксетин до 120 мг/сутки. Состояние не менялось, стала отмечать постоянное вздутие живота. Параллельно посещала психотерапевта без эффекта. На приеме у врача-психиатра от 12 ноября 2022 года сообщала о том, что душевное состояние немного улучшилось — прибавилось немного энергии, начала постепенно рисовать, но по-прежнему сохранялась апатичность, не хватало побуждений. Проводила время дома, не работала, хоть и делала попытки. Была рекомендована замена арипризола на реагилу 1,5 мг/сутки, продолжить прием дулоксетина до 120 мг/сутки. На очередном приеме 23 марта 2023 года по-прежнему главными жалобами являлись нехватка сил и энергии что-либо делать с указанием на то, что это больше нехватка именно физических сил. Прекратила визиты к психотерапевту в связи с отсутствием комплаенса. На новой схеме терапии (реагила 1,5 мг+дулоксетин 120 мг) отмечала улучшения в виде повышения настроения, уменьшения сонливости в течение дня. Стала больше рисовать, записалась на обучающие курсы по 2-D дизайну. Было рекомендовано: реагила 3 мг/сутки, дулоксетин 120 мг/сутки.

На плановой консультации 23 июня 2023 года вновь высказывала жалобы о повышении сонливости. Настроение нерадост-

ное, беспокоится, что ничего в будущем у нее не получится. Была рекомендована смена дулоксетина на анафранил. В связи с побочными эффектами от анафранила в виде сухости во рту, значимых запоров, периодический тремор рук и ног, 29 августа 2023 года анафранил был заменен на флуоксетин до 40 мг/сутки совместно с L-тироксинам 25 мг/сутки с целью аугментации, реагировала 1,5 мг/сутки. Настроение сохранялось нераспространенным, негативные мысли о будущем сохранялись. На момент приема отказывалась от интенсивной терапии и подборе лекарственной терапии в условиях дневного стационара. В январе 2024 года на повторном приеме в связи с отсутствием изменений в состоянии доцентом А. Я. Переховым вновь было рекомендовано обратиться на лечение в дневной стационар психотерапевтического отделения РостГМУ.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОТ 29.01.2024 (ШОПИНА Е. Г.)

При встрече — закрыта, зажата. Контакт устанавливается постепенно. Отношение к обследованию напряженное. Дистанцию выдерживает. Экспериментальный характер обследования понимает. Инструкции к новым заданиям усваивает, дополнительные разъяснения не требуются. Контакт «глаза — глаза» поддерживает. На вопросы отвечает. Самостоятельно жалоб не предъявляет, при расспросе сообщила — «Обратилась к Ковалёву Александру Ивановичу, он будет руководить госпитализацией в дневной стационар. Сейчас — все время хочу спать, не работоспособна, слишком быстро устаю, слишком тяжело. Обучаюсь дистанционно на 2D-художника и нужно до апреля все сдать, тогда будет гарантия трудоустройства. Хотелось попробовать, родители одобрили, денег дали. Своих денег у меня нет. Родилась с трудом — проблемы при родах. Сначала не замечали никаких отклонений. В садик не ходила, воспитывали бабушка с дедушкой. Была не сильно общительной, вредной — себе на уме. Пыталась ходить к логопеду, но потом бросила, это дело и так жить можно. Нарушения речи беспокоило, но не настолько, чтобы плотно заниматься этим вопросом, лень было. На танцы отдавала, на гимнастику — не пошла, активно вы-

сказывала свое фи, отбрыкивалась. Когда мне что-то не нравилось — они не могли меня переломить. В школе училась лучше всех. Учиться ненавидела, но знала, что надо, через не хочу. Со второго по девятый класс была первой в классе. В 15 лет заболела воспалением лёгких — удар по картине мира. Думала, что, если буду хорошей девочкой, со мной ничего не случится. Всё-таки попала в больницу, судьба меня не настолько любит. Боялась врачей, сейчас боюсь. Врач — это больно и страшно, но надо. В больнице было нормально, в лагере было хуже, в 13 лет — не поладила со своим отрядом, разошлись во мнениях по вопросам секса, обижали, обещали коллективно меня изнасиловать — я обещала их зарезать. Думала, как вытащить нож из столовой. Через неделю приехала мама, забрала меня. В школе меня с четвёртого класса доставать начали — обзывали, трогали руками, провоцировали на реакцию. Была одна подруга, соседка по парте, она же соседка по лестничной клетке. Я считала, что что-то не то с ними, а не со мной. Надо сдачу давать — дралась, руками, ногами — чем дотянусь. Мне помогать не надо — я сама разберусь. После больницы учиться стало сложнее, много упустила из математики, по физике полностью перестала понимать. Не знала, куда мне поступать. Ходила на кружок шитья — шила костюм из японской анимации. Меня заметила преподаватель из вуза, пригласила. Надо куда-то пойти — пошла куда позвали. Институт сервиса и туризма, дизайн одежды, бакалавриат, проучилась четыре года. Школу окончила с золотой медалью. В институте себя чувствовала быдлом не понимающим, училась на тройки. Не бросила — идти некуда. На практике, в конце третьего курса, понравилась в ателье, шить, благодаря кружку, умела. Позвали, попыталась работать два — три месяца — не получилось. Вернулась в ателье после диплома, но скорость не выросла, аккуратно, но очень медленно. Зарплата сдельная, зарабатывала меньше 10 000. Ушла через год. Пробовала опять швеей в небольших и больших конторах. В 2018-м году позвали в театр, по знакомству, шить костюмы актёрам. Зарплата не сдельная, оклад. Не хотела идти, опять будут ругать за скорость. Мама сказала — иди, я их устроила на первое время. До нача-

ла пандемии, в мае 2022 г. — попросили уволиться. Со мной началось что-то непонятное — психосоматика, очень хотелось уйти оттуда, график официально с 9 до 18, по мере приближения к премьере с 9 до 20, потом без выходных. Было тяжело, по утрам шатало, голова кружилась, боялась, что не дойду до работы. Приходила на работу к 10 – 12 часам. В пандемию — ненадёжных работников сократили по максимуму. Общая слабость, головокружение, тошнота, шатало из стороны в сторону, сильно плохое настроение. Боялась за свою жизнь. Порадовало, что меня уволили, но обиделась, что меня назвали виноватой, поспорила с начальницей. Летом 2020 г. дошла до психиатра. Диагноз — шизотипическое расстройство. Назначили лечение — солиан, золофт. Через полгода нарушился женский цикл, подумала, что что-то не то, надо бросить. Симптомы уменьшились, сразу как бросила работу. Осталось апатичное состояние. После того как бросила таблетки, стала плакать постоянно. Думала, пройдёт, не прошло. Обратилась в центр занятости, воспользовалась возможностью обучиться бесплатно, обучилась на парикмахера универсала. Не смогла работать. Страшно — накосячить с чужими волосами. Практики мало, кого я приведу, я же неадекват. Плачу постоянно, по любому поводу, все время. Постоянно вспоминаю театр, что называли виноватой. Я должна любить работу, иначе я не смогу работать. Боюсь работать на той работе, которую я ненавижу всю жизнь. Боюсь людей».

Объективно установлено — темп сенсомоторных реакций неравномерный, работоспособность снижена. Мотивационная сторона восприятия в норме (своими результатами и возможными ошибками интересовалась).

Характеристики внимания. Время работы с простыми таблицами Шульте — $V = 31$ — объем в норме (33 сек., 28 сек., 34 сек., 34 сек., 28 сек.). Отсчитывание 100-7 — выполнила неравномерно, быстро, с двумя ошибками ближе к концу вычислений. Концентрация внимания в норме, отмечается утомляемость внимания при монотонной работе.

Память. Запоминание, кратковременная память и долговременная память снижены. «10 слов» — (4, 6, 6, 6, 8 в ретенции

4 слова). Наблюдается запоминание по типу «плато», что говорит о нарушении мотивационного компонента памяти. При опосредованном запоминании продуктивность последующего воспроизведения — 100 % — достаточно быстро подбирала опосредующие символы на сложные абстрактные понятия. Образы — абстрактны, лаконичны, ассоциированы по личностно-значимым признакам. На некоторые понятия недостаточно адекватны — «Бедность — несколько грошей, рыбий скелет — вспомнились бедные художники, они рыбы скелеты рисовали», «Тяжелая работа — кирпичи на голове», «Справедливость — бумага, на которой что-то написано». Рисунки маленькие по размеру, слабо прорисованные, отмечается краевое расположение рисунков.

Мышление. Исследование по методике «Классификация предметов» на 1 этапе выделяет 10 групп, группы формирует неравномерно: 1. Люди. 2. Мебель. 3. Посуда. 4. Инструменты. 5. Животные. 6. Измерительные приборы, глобус и чернильница. 7. Средства передвижения. 8. Просто предметы (одежда и книги). 9. Грибы. 10. Растения. На втором этапе объединяет в 2 группы: 1. Одушевленные — животные и люди. 2. Неодушевленные — растения, грибы, предметы. В методике «Исключение предметов» — в 1 карточке из 13 — исключение по слабому признаку. Исследование по методике «Исключение 4-го, словесный вариант» — в 2 заданиях из 15 исключение по слабому признаку. В методике «Дискриминация существенных признаков», всего выделяет 24 признака, из них: 1 ключ — 8, 2 ключ — 12, 3 ключ — 4, 4 ключ — 0, что указывает на нормальный процесс селективности мышления — реалистическая абстрактная концептуализация. Динамика мышления в темпе не изменена.

Исследование эмоционального состояния:

Фон настроения сниженный, заторможенный. Мимика, пантомимика скованные, невыразительные, адекватные предъявляемым эмоциям.

Тест Люшера — неустойчивость, трудности социальной адаптации, эмоциональности и субъективности пристрастий превалирует над рассудочностью. Не шаблонный, самобытный подход к решению проблем,

оригинальности мышления, богатое воображение, недостаток практицизма, реалистичности. Индивидуалистичность, создающая трудности в попытках завязывания контактов. Ранимость, сензитивность. Трудно вырабатываются навыки общепринятых норм поведения. Тонкая нюансированность чувств, своеобразие интересов, суждений сочетается с такими особенностями, как потребность в прочной и глубокой привязанности, эмоциональном комфорте и защите от внешних воздействий. Дружелюбие, конформность установок. Потребность в понимании, любви и поддержке является ведущей и поэтому наиболее легко травмируемой мишенью. Замкнутость, избирательность в контактах, аналитический склад ума, вдумчивый подход к решению проблем, инертность в принятии решений. Тормозимые черты, преобладание стремления к покою, уединенности, всплески активности быстро сменяются фазой пассивности. Эстетическая ориентированность, уход от житейских проблем в мир искусства, поэзию, мир фантазий. Оборонительная реакция в связи с ощущением угрозы, затруднениями в реализации своих планов. Тревожные опасения усиливают решимость довести дело до конца. В связи с обстоятельствами, ограничивающими свободу действий, вынужденный отказ от самореализации. Неудовлетворенная потребность в признании, беспокойство, тревога, комплекс собственного несовершенства маскируется демонстративностью поведения. Высокий уровень притязаний сталкивается с ощущением собственной изолированности. Жажда одобрения и успеха неудовлетворена. Состояние характеризуется переживанием чувства одиночества и неуверенности, маскируемых напускным безразличием, презрительным отношением к критике в свой адрес.

По шкале депрессии Бека — 20 баллов, выраженная депрессия (средней тяжести). Из них:

- когнитивно-аффективная субшкала — 13 баллов;
- субшкала соматических проявлений депрессии — 7 баллов.

Методика: исследование тревожности по Спилбергеру — СТ — 46 баллов, ЛТ — 59 баллов.

Выявлен высокий уровень реактивной и личностной тревожности.

Состояние реактивной (ситуационной) тревоги возникает при попадании в стрессовую ситуацию и характеризуется субъективным дискомфортом, напряженностью, беспокойством и вегетативным возбуждением. Естественно, это состояние отличается неустойчивостью во времени и различной интенсивностью в зависимости от силы воздействия стрессовой ситуации. Таким образом, значение итогового показателя по данной подшкале позволяет оценить не только уровень актуальной тревоги испытуемого, но и определить, находится ли он под воздействием стрессовой ситуации и какова интенсивность этого воздействия на него.

Личностная тревожность представляет собой конституциональную черту, обуславливающую склонность воспринимать угрозу в широком диапазоне ситуаций. При высокой личностной тревожности каждая из этих ситуаций будет обладать стрессовым воздействием на субъекта и вызывать у него выраженную тревогу. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями.

Исследование личностной сферы:

Методика: ММРІ

СОЧЕТАНИЕ ШКАЛ: 2"83071'4-56/9: F"K/L:

Большинство шкал профиля значительно повышены — профиль «плавающий». Такой профиль свидетельствует о выраженном стрессе и дезадаптации личности. Сочетание разнонаправленных тенденций, т.е. показателей как гипо- так и гиперстенических свойств, выявляет смешанный тип реагирования, при котором высокая потребность самореализации сочетается со столь же высоким самоконтролем и тенденцией к отторжению, сдерживанию поведенческих реакций. В этом случае оказываются перекрытыми каналы как невротического, так и поведенческого отреагирования, что сказывается на общем перенапряжении и проявляется соматизацией внутреннего конфликта, т.е. психосоматическим вариантом дезадаптации, мишенью которого окажется наиболее слабое звено той или иной функциональной системы организма человека.

Показатели 1-й и 3-й шкал уже несут в себе характеристики смешанного типа реагирования, так как отражают проблему подавленной враждебности. Высокие показатели по 2-й шкале могут быть связаны с ситуацией резкого разочарования после пережитой неудачи или в связи с заболеванием, нарушающим обычный ход жизни и перспективные планы человека. Такой профиль обрисовывает определенное состояние, как минимум — депрессивную реакцию в рамках адаптационного синдрома. Подъем профиля по 2-й шкале (82Т) выявляет у обследуемой не только пониженное настроение в связи с негативными переживаниями, но и личностные особенности — склонность к острому переживанию неудач, к волнениям, к повышенному чувству вины с самокритичным отношением к своим недостаткам, с неуверенностью в себе. Повышение по 2-й шкале выявляет осознанный самоконтроль, когда нереализованные намерения — в силу внешних обстоятельств или внутренних причин — отражаются в пониженном настроении как результат дефицита или потери. Показатели 8-й шкалы (78Т) выявляют психопатический вариант шизоидного типа реагирования. Ей свойственны такие психопатические черты как замкнутость, пассивность, некоммуникабельность, значительное своеобразие суждений и поступков, скованность жестов, поз, неловкость в межличностных контактах, отстраненность и эмоциональная холодность, непонятность мотивов поведения для окружающих, непрактичность и оторванность от реальных жизненных проблем, склонность к острому переживанию неудач, к волнениям, к повышенному чувству вины с самокритичным отношением к своим недостаткам, с неуверенностью в себе. В сочетании со 2-й, 7-й и 8-й повышение 0-й (72Т) выявляет ослабление социальных контактов, отгороженность и отчужденность. Высокая 0-я отражает проблему аутичности. О лицах с высокой 0-й обычно окружающие знают мало, а их стенические черты и своеобразие сглаживаются, делаются менее заметными. В ситуации стресса — заторможенность, уход от контактов, бегство от проблем в одиночество (эскейп). Высокие показатели отражают не только замкнутость, неразговорчивость, но нередко являются признаком внутренней дисгармонии

и способом сокрытия от окружающих своего образа своего характера, неловкости в общении. Иногда, на первый взгляд, эти люди могут производить впечатление достаточно общительных, но это им дается ценой значительного напряжения, о котором знают лишь они сами. Профиль с повышенными 8-й и 7-й шкалами выявляет внутреннюю напряженность, тревожность, нервозность, склонность к бесконечному, часто бесплодному, обдумыванию каких-либо проблем («умственная жвачка»), отгороженность, хронически существующее чувство душевного дискомфорта, неуверенности, снижение общей продуктивности, комплекс вины и неполноценности. Высокий пик по 7-й шкале выявляет свободноплавающую тревогу, сочетание с высокой 2-й — тревожную депрессию.

Методика: ПДО

Конформность К = 2 — умеренная,

Реакция эмансипации Е = 2 — умеренная;

По результатам тестирования на первое место вышел тип С = 9 баллов, П = 9 баллов, Ш = 8 баллов.

Сенситивный тип (С)

У этого типа две главные черты — большая впечатлительность и чувство собственной неполноценности. В себе видят множество недостатков, особенно во внешности и в области качеств морально-этических и волевых. Замкнутость, робость и застенчивость выступают среди посторонних и в непривычной обстановке. С незнакомыми бывают трудны даже самые поверхностные формальные контакты, но с тем к кому привыкли, бывают достаточно общительны и откровенны. Ни к алкоголизации, ни к делинквентности склонности не обнаруживают. Самооценка отличается высоким уровнем объективности. При этом типе нередко бывает ярко выражена реакция гиперкомпенсации — стремление преуспеть именно в той области, где таится комплекс собственной неполноценности (например, парашютные прыжки, чтобы преодолеть робость; усиленные занятия гимнастикой, чтобы исправить дефекты фигуры; стремление к общественной работе, чтобы преодолеть застенчивость и т.п. Необходимость отвечать не только за себя, но и за других, может сглаживать сенситивные черты.

Психастенический тип (II)

Главными чертами являются нерешительность, склонность к рассуждательству, тревожная мнительность в виде опасений за будущее — свое и своих близких, склонность к самоанализу и легкость возникновения навязчивостей. Черты характера обычно обнаруживаются в начальных классах школы — при первых требованиях к чувству ответственности. Отвечать за себя и особенно за других бывает самой трудной задачей. Защитой от постоянной тревоги по поводу воображаемых неприятностей и несчастий служат выдуманные предметы и ритуалы. Нерешительность усиливается, когда надо сделать самостоятельный выбор и когда решение касается маловажных повседневных проблем. Наоборот, вопросы серьезные, существенно отражающиеся на будущем, могут решаться с удивительной скоропалительной опрометчивостью. В самооценке склонны находить у себя черты разных типов, включая совершенно не свойственные. Из-за чрезмерного педантизма, мелочной принципиальности, доходящей до деспотизма, нередко плохо совмещаются с представителями почти всех типов акцентуаций характера, кроме шизоидов, которые внешне могут никак не реагировать на их поведение. Считается, что мелочный педантизм психастеников также служит для них психологической защитой от опасений и тревоги за будущее. Обычно представляют себя такими, какими в данный момент легче всего произвести впечатление.

Шизоидный тип (III)

Главными чертами является замкнутость и недостаток интуиции в процессе общения. Трудно устанавливать неформальные, эмоциональные контакты — эта неспособность нередко тяжело переживается. Быстрая истощаемость в контакте побуждает к еще большему уходу в себя. Недостаток интуиции проявляется неумением понять чужие переживания, угадать желания других, догадаться о невысказанном вслух. К этому примыкает недостаток сопереживания. Внутренний мир почти всегда закрыт для других и заполнен увлечениями и фантазиями. Увлечения отличаются силой, постоянством, и нередко необычностью, изысканностью. Труднее всего переносятся ситуации, где нужно быстро установить неформаль-

ные эмоциональные контакты, а также насильственное вторжение посторонних во внутренний мир. Самооценка обычно неполная: хорошо констатируется замкнутость, трудность контактов, непонимание окружающих, другие особенности подмечаются хуже. В самооценке иногда подчеркивается неконформизм. Замкнутость и сдержанность в проявлении чувств иногда помогают неплохо совмещаться с окружающими, ограничиваясь формальными контактами. Склонны искать нестандартные решения, предпочитают непринятые формы поведения, способны на неожиданные для других эскапады без учета вреда, который могут нанести ими самим себе. Но иногда обнаруживают недюжинные способности постоять за себя и свои интересы. У близких могут вызывать недовольство своей молчаливостью и сдержанностью, но, когда дело заходит о хобби, могут быть даже многоречивы.

Таким образом, на первый план выступают изменения, характерные для аффективно патопсихологического симптомокомплекса — выраженная депрессия, высокий уровень реактивной и личностной тревожности. В личностной сфере исследуемой — акцентуация по шизоидному, сенситивному и психастеническому типу. В когнитивной сфере — снижение кратковременной и долгосрочной памяти, легкие изменения мышления по эндогенному типу — разноплановость и неравномерность мышления.

В феврале 2024 года обратилась с жалобами на апатию, сонливость, чувство бесперспективности, страхи за будущее в психотерапевтическое отделение РостГМУ с целью госпитализации, обследования и подбора лечения. Госпитализировалась добровольно.

Психический статус во время пребывания в отделении: в кабинет вошла самостоятельно, по приглашению врача. Села на предложенное место. Сознание ясное. Ауто- и аллопсихическая ориентировка сохранены. Внешний вид опрятный. Мимика и пантомимика живые, выразительные с элементами гротескности. Речь в умеренном темпе. Зрительный контакт поддерживает. Беседу поддерживает охотно, на вопросы отвечает подробно в плане заданного. Рассказ подкрепляет активной жестикуля-

цией, вытягивая указательные пальцы вверх. Речь в обычном темпе с манерными интонациями. На шутки реагирует «автоматической улыбкой» без эмоционального подкрепления, не синтонна. Предъявляет жалобы на апатию, сонливость, чувство бесперспективности, страхи за будущее. Фон настроения снижен. Эмоциональные реакции устойчивые. Мышление последовательное, без структурных и содержательных нарушений. Активная психопатологическая симптоматика в виде бреда, обманов восприятия не выявляется. Явных мнестических нарушений не выявлено. Критика к своему состоянию сохранена. На лечение настроена. Отмечает постепенное улучшение настроения и появление большей активности (что более всего радует пациентку) после трех недель приема нового антидепрессанта, а именно пиразидола.

Проведенное лечение:

1. Sol. NaCl 0,9 200 + Sol. Nathiosulphate 10,0 в/в капельно;
2. Sol. Reamberini 200,0 в/в капельно;
3. Sol. Cytoflavini 10,0 + Sol. Dextroza 5 % 200,0 в/в капельно;
4. Tab. Pirlindoli 0,025 до 75 мг/сутки;
5. Tab. Cariprazini 0,0015 до 1,5мг/сутки.

БЕСЕДА С ПАЦИЕНТКОЙ

Мрыхин В. В. — Здравствуйте. Я доцент кафедры психиатрии и наркологии, врач психиатр. В этой аудитории нет посторонних людей, только врачи, которыми строго соблюдается врачебная тайна, поэтому никакая информация за эти стены не выходит.

Пациентка — Это хорошо. — Вы не против, если мы будем вести запись нашей беседы, чтобы в дальнейшем можно было вернуться к ней для анализа и корректировки лечения? — *Нет.* — Отлично. Как мне к Вам обращаться? — *Мария.* — Скажите Мария, что Вас привело к врачам нашей специальности? Какие у Вас есть жалобы на самочувствие? — *Сонливость, недостаток силы воли, неспособность.* — Когда Вы заболели? В каком возрасте? — *Я не считала это проблемой, думала, что это особенности моего организма, но беспокоить это меня начало в 2020 году.* — А что случилось в 2020 году? — *Меня попросили с рабо-*

ты в музыкальном театре, а после я не смогла устроиться нигде. — Попросили с работы, потому что Вы уже были больны? — *Да.* — Первые проявления болезни когда начались? — *В 2019.* — А может быть в детстве? Давайте вернемся далеко в прошлое. — *Все что я помню, и что мне рассказывали, я не считала болезнью.* — Что Вы не считали болезнью, а теперь может быть считаете иначе? — *Ничего не считала болезнью.* — Т. е. Вы росли обычным, здоровым, общительным, адаптивным ребенком? — *У меня были проблемы с общением, но я просто считала, что я такая личность, вокруг меня люди с другим складом характера, и они со мной не ужились, ну такое бывает. Я так думала.* — А когда же с Вашей точки зрения нервная система явно дала сбой? — *В 2019 году, когда я уже работала.* — Что с Вами случилось в 2019 году? — *По утрам было плохо, шатало из стороны в сторону, голова кружилась, я боялась, что до работы не дойду. В таком состоянии я нигде не ехала, пока не пройдет, приходилось ждать, чтобы на работу поехать. В общем, приходила я на работу к обеду.* — Как Вы это оценивали? Это были психические расстройства или другие причины? — *Я тогда думала что это физическое переутомление, или с сердцем что-то не в порядке, или по части неврологии. У врачей проверялась, они сказали «да вы здоровы по нынешним меркам».* — А к психиатру как Вы попали в первый раз? — *Вдвоем с мамой мы пришли к выводу, что все уже проверили, осталось только провериться у психиатра.* — В плане психического здоровья на тот момент были у Вас какие-либо жалобы? — *Галлюцинаций не было.* — А что было? — *Настроение все время было плохое, казалось, что впереди только мрак. Ничего хорошего и так постоянно.* — Со сном были проблемы? — *Спала я много.* — Много это сколько? — *И всю ночь и днем еще где-то часа четыре.* — Аппетит был обычный или тоже как-то изменился? — *Обычный, ем я не много, но и не так чтобы очень мало.* — Восприятие окружающего мира таким же оставалось? — *Такое же, как было. Он мне всегда казался красивым, но не моим.* — Что

значит не моим? — С возраста как начала соображать, где-то с 2 — 3 лет, он мне казался не своим, казалось, что я здесь оказалась неизвестно почему и зачем. — Необычные такие переживания для ребенка в возрасте 2 — 3 лет! — Ну, я тогда не в таких словах это выражала, просто по ощущениям. — И в чем были эти ощущения? — Оно просто было, это ощущение, я не могла причину подобрать. — А потом это ощущение прошло или оно остается по настоящий день? — Чуть меньше стало, но все же есть такое. Перечитав фантастики довольно много, думаю, что в прошлой жизни я больше любила свой мир, чем этот, из той поры что-то осталось в моей душе. Я верю в другие измерения из прошлой жизни. — Это требует пояснить. Вы прочитав много фантастики узнали, что описывают какие-то прошлые жизни, реинкарнации, Вы в это верите? — Да. — И в прошлой жизни что-то было иначе? — Да. — Откуда Вы знаете это? — Я не знаю, я так только думаю. — А сейчас не так? — А сейчас я просто ленива, слаба, не приспособлена к работе, хотя она нужна. — Есть какая-то, что называется «отдушина», какое-то занятие, которое приносит Вам удовлетворение? Какой-то может быть человек, общение с которым приносит Вам радость? — Это чтение фантастики и компьютерные игры. — Какие Вы предпочитаете игры? — Стратегии и «бродилки». — Какая-то личная жизнь у Вас есть? — Нет, и никогда не было. — Почему так? — Я никогда не хотела этого. Один раз влюбилась в человека, который напоминал мне персонажа, из моих фантазий. Я с ним пообщалась, ничего недружеского с ним не делала, из общения поняла, что он мне не подходит, и попрощалась с ним. Один человек предлагал мне замуж, хотя отношений близких, интимных, у нас не было, только дружеские. — И что? — Он мне физически был неприятен, и я с ним не согласилась. Мы остались только друзьями. — Сейчас есть у Вас потребность в этом, построить личную жизнь? — Нет, мне хорошо одной. — Никогда Вы не задумывались о детях? — Задумывалась, и пришла к выводу, что я их не потяну. При этом инвалидов особо никто не любит, де-

тей с отклонениями. — Вы же не инвалид? — Но здоровье у меня слабоватое и ребенок, скорее всего, такой будет. — Такие у Вас опасения? — Да. — У Вас есть цель в жизни? — Не глобальная, но хотелось бы просто себя обеспечить, чтобы финансово быть независимой. А так мне многого не надо, чтобы денег на интернет хватало и на первичные потребности. — Это сколько так примерно по Вашим расчетам нужно денег в месяц? — Пока я работала, правда квартира была мамина, несъемная, но платила коммуналку я сама, и мне двадцатки хватало. Но сейчас цены выросли, так что уже тридцать где-то. — Вот будет у Вас 30 тысяч и все, и жизнь удалась? — Можно и так сказать. — Ничего другого не хотелось бы? — Если бы получилось побольше, я была бы только рада, но это минимум так сказать. — Я говорю не о материальной стороне, какие-то другие цели в жизни у Вас есть? — Хотелось бы, чтобы нашлась работа, которую я бы любила, но по нынешним временам это очень редкий случай. Я к такому выводу пришла. — Какая, например, это могла быть работа, которую Вы могли бы полюбить? — Сейчас, я думаю, что связанная с компьютерными играми. Я курсы прохожу, художник для компьютерных игр, еще не закончила. Это может быть, что такая работа мне понравится. — Есть у Вас в жизни сейчас люди, к которым Вы испытываете эмоциональную привязанность, которые доставляют Вам удовольствие в общении, с которыми Вам тепло? — В каком-то смысле это родители, но при этом, я думаю, что их смерть я бы пережила. Подруга, которая сейчас не в этой стране, и друг, который мне замуж предлагал, но я отказалась. Я с ним продолжаю дружеское дистанционное общение, он из другого города. — Но у Вас нет такой эмоциональной теплоты? — Небольшая. Большой привязанности я ни к кому не испытываю. — А испытывали когда-нибудь? — Да пожалуй, что и нет. — У Вас были старшие родственники, ушедшие из жизни, бабушка, дедушка, к ним тоже не было теплых чувств? — Возможно, что к бабушке, которая умерла в 2003 году, она меня воспитывала. — Вы привыкли уже

к такому образу жизни? — *Да.* — Как складывается Ваш обычный день, может какая-то есть физическая активность, прогулки, просмотр кинофильмов, чтение книг и т.д. — *Примерно так, но это не полный список. Для меня неполный, потому что не все из перечисленного я делаю.* — А что Вы делаете? — *Читаю, на курсе занимаюсь, потом отдыхаю, ем, сплю, и больше ничего не происходит.* — А читаете что? — *Фантастику.* — Вы уже не первый год обращаетесь за помощью к психиатрам, польза от этого есть? От лечения, может от общения, от приема лекарств? — *Настроение лучше стало.* — На сегодняшний день есть необходимость Вам лечиться у психиатров? — *Без них мне таблетки без рецептов не продадут. А без таблеток уже был опыт, когда я их бросила резко, и я тогда плакала все время.* — Что еще в Вашем душевном состоянии надо изменить? — *Радикально ничего мне изменять не надо.* — Примерно так пусть остается? — *Примерно, но чуть получше.* — А чуть получше это как? — *Силу воли добавить. Но скорей всего это только я могу поддерживать.* — У Вас пока не получается? — *Пока не получается.*

Перехов А. Я.: У Вас сейчас есть возможность задать интересующий Вас вопрос врачам, находящимся в аудитории. У Вас есть вопросы, просьбы, предложения к врачам, психотерапевтам и психологам? — *Если бы мне кто-то подсказал на счет вопроса силы воли, что с ней можно сделать, я была бы только рада.* — Лечиться Вам надо только лекарствами, психологическая помощь Вам нужна? — *Если бы это помогло с вопросом силы воли, то нужна.* — Раньше Вы работали с психотерапевтами, это не помогало. Если снова попробовать поработать с другими психотерапевтами, Вы рискнете? — *Да.*

Врач-психиатр Варламова И. И.: Маша, у Вас такая замечательная профессия в руках, хлебная, Вы умеете шить. — *Я не очень умею.* — Вы жешили себе костюмы для фестивалей? — *Я тогда занималась в кружке и мне помогали, а сама я никогда не шила.* — Но в любом случае опыт пошива

у Вас есть. Никогда не думали шить на заказ, может простую одежду? — *Я думаю, что ко мне не пойдут.* — Почему? — *Я себя продвигать не умею от слова совсем.* — Допустим, дала объявление в интернете, получила заказ и шьешь дома простую одежду, и выходить никуда не надо. — *Звучит страшновато на данный момент. А вдруг я и с простой не справлюсь.* — Вы так неудачи боитесь? — *Да.* — Сейчас Вы обучаетесь на курсах, в дальнейшем Вы планируете куда-то пойти работать? — *По этой специальности мне бы хотелось попробовать, но там как получится, я не знаю, может даже не возьмут.* — В чем Вы более уверенно себя чувствуете? — *Рисовать я только начинаю, а шить у меня был опыт хоть и не большой, поэтому с иголкой и ножницами все-таки увереннее себя чувствую.* — Вы все время повторяете: «силы воли не хватает», что Вы имеете в виду? — *Да просто взять и заставить себя работать. Больше тянет что-нибудь еще почитать или поиграть.* — У Вас же нет проблемы утром умыться, почистить зубы, искупаться? — *С этим нет.* — Проблема с тем чтобы поставить цель перед собой, или Вы знаете, что Вам нужно? — *Я знаю, что нужно делать, но не могу себя заставить это делать, столько времени сколько требуется.* — Интересас нет? — *Не знаю.*

Мрыхин В. В.: спасибо за ваши откровенные ответы. Результаты нашего расширенного консилиума вы узнаете от своего лечащего врача. Очень надеемся, что все удастся с помощью лекарств и психологической поддержки повысить качество вашей жизни. **Прошу желающих высказаться.**

Клинический психолог, психофизиолог, полиграфолог Богданов Евгений: с точки зрения своей профессии частенько приходится работать с вопросом мотивации, непосредственно это тот запрос, который я сейчас услышал у пациентки. Я бы в этих случаях рекомендовал занятия спортом и причем сделать упор на что-то содержащее адреналиновую составляющую. Ведь когда человек попадает в экстремальные условия, у него запускаются механизмы, которые способствуют запуску функций

необходимых для жизнеобеспечения. Соответственно одна из рекомендаций это поддержание спортивного режима, не просто поход в качалку, а например страйкбол, пейнтбол, что-то достаточно командное, где человеку пришлось бы контактировать с другими людьми, на те темы которые ему чужды, для того чтобы получать новую информацию. Мы видим, что у человека явно есть потребность в получении новой информации. Соответственно это будет и процесс обучения, и процесс спортивного воспитания. Я бы рекомендовал туристические походы с друзьями по интересам, с родителями, с теми, кому доверяет человек. Для того чтобы человек оказался в условиях, которые ему будут дискомфортны с биологической точки зрения. Например, даже прыжок с парашюта. Человека надо простимулировать, для того чтобы он почувствовал вкус жизни. Так уж получилось, что вкус жизни мы ощущаем именно в те моменты, когда жизни угрожает какая-то опасность.

Врач-психиатр, семейный психотерапевт Мадорский В. В.: Когда мы видим таких пациентов, мы убеждаемся, что Бог создал людей очень разными. Кто-то приходит в этот мир, чтобы получить Нобелевскую премию и не меньше, а для кого-то год удерживаться от человекоубийства уже великое дело. В отношении Марии я могу сказать только добрые слова. Она пришла в этот мир такая, какая есть, она как та лягушка барахтается лапками изо всех сил, как может. Она молодец, несмотря на все недостатки, которые в ней есть. Вы видите отрицательную динамику экспериментально-психологических исследований, нарастание стереотипов, нарастание определенной манерности, а вместе с тем, в ней формируется постепенно более зрелое отношение к этой жизни. Наша задача адаптировать ее внутри болезни. И позволить ей, адаптировавшись каким-то образом, потихонечку прожить эту жизнь и не самоубиться. Добьемся мы еще чего-то, ну молодцы, но наша практическая программа минимум, состоит именно в этом. У нее колоссальный страх внутри и этот страх быстро не управляется. Это та ситуация, про которую Чехов писал:

«Я по каплям выдавливал из себя раба». Наша задача состоит в том, чтобы не требовать от нее чего-то, не применять какие-то обрывающие методы лечения, которые не дадут ничего кроме вреда, а потихонечку ее поддерживать.

Заведущий психотерапевтическим отделением, ассистент кафедры психиатрии и наркологии РостГМУ Ковалев А. И.: Уважаемые коллеги, этот случай был представлен в рамках заочной дискуссии о клиническом месте негативной симптоматики при диагностики шизофрении. В рамках дименсионального подхода существующей МКБ-10 и приходящей ей на смену МКБ-11 диагностика шизофрении осуществляется лишь при наличии специфической продуктивной симптоматики. Негативная же симптоматика не учитывается, как и прогредиентность заболевания. Данный клинический случай, как нам представляется, указывает на преобладание личностно-негативной симптоматики в клинической картине пациентки. Из продуктивной у нее присутствует лишь аффективная симптоматика. Безусловно установить диагноз «шизофрения» пациентке мы не можем, да и не должны. Но учитывая, что пациентка в силу прогрессирующей именно негативной симптоматики социально дезадаптировалась, мы можем говорить о заболевании шизофренического спектра. Возникает вопрос: «Когда заболела пациентка?» С раннего возраста она отличалась необычностью в поведении, что мешало ей устанавливать продуктивные межличностные отношения. Но при этом была достаточно продуктивной в учебе. Это можно отнести к predisпозиции заболевания, которое дебютировало в пубертате. Более подробно наша точка зрения прозвучит в клиническом разборе.

Благодарю за внимание!

Перехов А. Я.: Блестящие статьи и выступления профессора Владимира Давыдовича Менделевича на тему когнитивных искажений российских психиатров в виде гипердиагностики шизофрении мы уже обсуждали на наших конференциях. Проф. В. Д. Менделевич совершенно прав, когда говорит о легкой мгновенной диагностике

шизофрении, которая никак не соответствует критериям по МКБ-10, т.е. расстройству психотического уровня. Но как же трактовать нарастающие личностно-негативные и когнитивные симптомы? Тенденция объяснять их психологическими (заострением акцентуации характера), социальными (выбором профессии, например художника-акциониста), соматическими (например, ожирением, которое привело к социальному дрейфу до божества с апатичностью) ярко выражены в статьях с клиническими разборами в самом интересном в клиническом плане журнале «Неврологический вестник. Журнал им. В. М. Бехтерева». Резкое неприятие классической психиатрии с указанием недостоверности Блейлеровских положений, отрицанием клинико-динамических концепций (в отечественной психиатрии традиционно связанной с именем А. В. Снежневского) вызывает желание подискутировать на тему когнитивных искажений части ведущих российских психиатров в плане гиподиагностики расстройств шизофренического спектра, но никак не шизофрении. Психические расстройства — такие же заболевания, как и все другие, т.е. соматические. Менее тяжелые формы встречаются на несколько порядков чаще, чем тяжелые. Например, серозный ринит — очень часто, гнойный ринит в сотни раз реже, а уже его осложнения в виде фронтитов, гайморитов и пр. — еще в сотни раз реже. Депрессии не тяжелые, например, соматизированные, встречаются в тысячи раз чаще, чем классические «госпитальные» меланхолические. Значит, такова же тенденция должна быть и в отношении расстройств шизофренического спектра — грубо-прогредиентная с выраженным апатико-абулическим дефектом в тысячу раз реже, чем мягкие шизотипии. Но природа этих состояний одна — «эндогенное», т.е. генетически детерминированное аутоиммунное (только по отношению к мозгу!) прогрессирующее заболевание (основная современная концепция в виде специфического воспаления, приводящего к расстройству салиенса) с абсолютно разной степенью прогредиентностью. Итак, дьявол, как всегда в деталях. А главная деталь — вовсе не клиническая, а социальная и этическая. Нельзя сохранять и часто социально полезных людей «обзывать» слова-

ми, где присутствует слово «шизо», так как это унижает человеческое достоинство. Не вызывает сомнений, что в последующих МКБ и DSM диагноз со словом «шизо» будет исключен навсегда, как это уже произошло с такими диагнозами как «психопатия», «истерия». Это требование социального прогресса и противиться этому нельзя. Можно согласиться даже с диагнозом «синдром аберрантного выделения важности» по Ван Осу. Но в клиническом плане — это вызывает значимые проблемы, так как непонимание причинности, условия возникновения неизбежно приведет к грубым нарушениям в плане прогноза расстройства, его непосредственного лечения и профилактики. Вот сегодня было высказано мнение, что активное занятие спортом будет панацеей для нашей пациентки. Вредно ли ей это будет? Конечно, нет. Но сдержит ли прогредиентность заболевания? Конечно, нет. Я совершенно согласен с проф. В. Д. Менделевичем в том, что диагностический релятивизм обусловлен широким распространением терапевтического релятивизма. Действительно, какая разница — депрессия, апатия, нейрокогнитивные симптомы у нашей пациентки из-за «просто атипичной депрессии», «невроза или нарушения адаптации» или какой-то там «шизотипии»? Ведь лечение будет примерно одинаковым — направленным на лечение продуктивных обнаруженных синдромов и с попыткой воздействия на негативные симптомы — т.е. антидепрессанты и антипсихотики (последние — при этом конечно атипичные, так как они созданы для коррекции еще и негативной симптоматики). Вынесем за скобки, что первичная негативная симптоматика при таких расстройствах — это вовсе не тяжелые проявления в виде апатии, абулии, алогии, ангедонии и асоциальности, а искажение (деформация) личностного склада с редукцией энергетического потенциала по Конраду, Губеру, Акискалу (а в русскоязычной психиатрии — по Снежневскому, Тиганову, Смулевичу). Высока вероятность, что определенная часть негативной симптоматики у Маши нивелируется при купировании, хотя бы временной, депрессии и окажется «вторичной». Какие же личностные особенности у Марии? Это и болезненная рефлексия, и амбивалентность, особенно ярко прояв-

ляющиеся в сексуальной сфере и в отношениях с близкими родственниками, и постоянное ощущение себя «другой» (субъективно определяемые нарастающие изменения личности). При этом — хорошее интеллектуальное развитие, правильные просоциальные (морально-этические) установки. Стержневым нарушением, более всего мешающим Марии — это замедленное, «задумчивое» выполнение работы, которое надо трактовать не как вариант патологии волевой сферы на уровне мотивационной компоненты в виде гипобулии, а как симптом волевых нарушений на уровне реализации, т.е. гипокинезии (смотри указания по общей психопатологии А. О. Бухановского, В. И. Крылова). Усиление физической слабости, нарушения концентрации внимания, элементы дереализации — либо проявляются, либо усиливаются в период фазных атипичных депрессий. Последние 5 лет — появляются уже и признаки объективно определяемых изменений личности, на которые обратила внимание первой самый формально близкий Маше человек, т.е. ее мама. Как же помочь Маше? Так как отсутствует специфическая терапия негативных симптомов, лучшей стратегией для управления ими является более эффективное лечение позитивных симптомов, которые представлены в синдромально завершенном виде только адинамической депрессией. Здесь хотелось бы поблагодарить отделение за вдумчивый подбор терапии при назначении антидепрессантов из группы ингибиторов МАО, которые используются сейчас редко и действительно имеют мишенью депрессию «А» — типа (апатия, адинамия, астения). Можно ли лекарствами корректировать изменения личности, т.е. и духовную составляющую каждого человека? Нет, можно только ограничить или даже разрушить личность, как с МакМерфи в «Полете над гнездом кукушки». Значит необходима духовно-душевная «словесная» помощь, т.е. психотерапия. Правда, возникает вопрос, какая из сотен методик здесь подойдет? Формально когнитивно-поведенческая? А может терапия творческим самовыражением по М. Е. Бурно с учетом ее творческих амбиций в прошлом? На мой взгляд, выбор метода психотерапии для Маши гораздо более сложная задача,

чем лечение ее депрессии антидепрессантами и атипичными антипсихотиками.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЯ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА: На основании жалоб, данных анамнестических сведений, данных медицинской документации была выявлена наследственная отягощенность (дедушка по отцовской линии страдал хордингом, родной дядя по линии отца страдал олигофренией). Преморбидно отличалась интровертированными чертами характера, низкой эмпатичностью и синтонностью. При этом была достаточно продуктивной к учебе, имела несколько устойчивых интересов (кружок зоологов и шитья). Заболевание началось с раннего пубертатного возраста с инициального этапа в рамках которого заострились преморбидные личностные особенности, что привело к появлению первых признаков дезадаптации в рамках ее социализации. После перенесенной пневмонии появляется клинически очерченная депрессивная симптоматика, которая принимает затяжное течение. Появившаяся аффективная симптоматика еще в большей степени снизила личностную адаптацию пациентки и ее профессиональную продуктивность. Проводимая на этапах психофармакотерапии имела неустойчивую положительную динамику и депрессивную симптоматику не купировала. Проведенное в динамике экспериментально-психологическое исследование выявило дрейф личностных особенностей от шизо-истероидных до шизо-астенических в сочетании с легкими структурными нарушениями мышления.

Таким образом, основной клинический диагноз по МКБ-10: Шизотипическое расстройство. F21.0. В рамках российской адаптированной версии МКБ-10: Псевдоневрозическая шизофрения. F21.3. Конкурирующим диагнозом может быть Шизотипическое личностное расстройство F21.5. С позиции нозологической классификации Снежневского, заболевание можно расценить как малопрогрессирующую шизофрению, невротоподобный вариант. Продуктивная симптоматика не превышает аффективно-невротоподобного уровня и проявляется затяжным атипичным депрессивным приступом; негативная симптоматика ограничивается уровнем объективно определяе-

мых личности, но с угрозой перехода в явную личностную дисгармонию (шизоидизацию). Согласно современным воззрениям основные симптомы нарушения внимания, памяти, снижения скорости обработки информации надо трактовать в рамках нейрокognитивного дефицита, которые больше всего беспокоят пробанда, так как мешают планировать и осуществлять целенаправленные действия. Как и негативные симптомы, когнитивные нарушения проявились в продромальном периоде болезни, именно их сочетание вместе с медленной личностной деформацией и составляет «первичную» негативную симптоматику.

Рекомендовано: Продолжить лечение согласно плану терапии в виде сочетания небольших доз ААП с целью сдерживания прогрессивности процесса; коррекции «вторичной» негативной симптоматики, попытки уменьшить нарастающие когнитивные проблемы с антидепрессантами, которые показаны при хронифицированных депрессиях «А»-типа (апатия, адинамия, астения) с целью коррекции собственно аффективной патологии; Экспериментально-психологическое исследование в динамике; Формирование установки на психотерапию.

Мрыхин В. В.: У меня нет больших сомнений, в том, что у нашей пациентки заболевание шизофренического спектра. В пользу этого диагноза говорит аутохтонность развития проблем, прогрессивный, пусть с не быстрым, но неуклонным развитием дефекта тип течения. Постепенно нарастающие негативные изменения это не только

эмоционально-волевое снижение и аутизация, о которых можно судить из анамнеза заболевания, и на которые жалуется сама пациентка, но это еще и специфическая трансформация личности. В психиатрической научной литературе XIX века эти изменения получили название фершробен (от нем. Verschrobene — «чудак»). В дальнейшем одни и те же исследователи могли трактовать фершробен с полярных позиций — и как проявление конституциональной патологии, и как симптомокомплекс эндогенного заболевания. В некоторых литературных источниках фершробен обозначался как «другая жизнь», когда имелось в виду очевидное, иногда значительное изменение мировоззрения пациента после перенесенного шизофренического приступа. У меня наблюдается пациент, который до болезни вел, если можно так выразиться «распутный» образ жизни, а после перенесенного аффективно-параноидного приступа вдруг стал человек крайне «набожным и правильным», даже с Богом иногда сейчас «напрямую» общается. Вот только мыться перестал. Но в случае с нашей сегодняшней пациенткой речь идет о медленных, иногда неочевидных для окружающих изменениях, которые, тем не менее, привели ее к социальной дезадаптации. Я согласен с диагнозом докладчиков, которые языком действующей классификации обозначили это состояние как «Шизотипическое расстройство».

Всем спасибо! На этом конференция закончена.

ВНИМАНИЕ!

Под эгидой НПА России вышел из печати **IV** том
«Клинические разборы в психиатрической практике профессора А. А. Шмиловича»

Редактор Ю. С. Савенко, составитель Л. Н. Виноградова.
Москва. «МЕДпресс-информ». 2024. 730 с., тир. 500 экз.

Книгу можно приобрести в офисе НПА по адресу:
Метро Китай-город (выход 5, пройти по ул. Маросейка, первый поворот налево),
Большой Златоустинский переулок, д.8/7, строение 1, 3 этаж, офис 312.
Подъезд находится между магазином «Клеопатра» и аркой.

Заранее звоните по телефону: +7-906-771-95-92.

Почему применение принудительных мер медицинского характера не ограничено предельным сроком?

Ю. Н. Аргунова

Рассматривается Постановление Конституционного Суда РФ от 24 ноября 2023 г. № 54-П по делу о проверке конституционности п. «а», «в» ч. 1 ст. 97, ст. 99 и 100, ч. 1 и 3 ст. 102 УК РФ в связи с запросами Салехардского городского суда в части вопросов продления, изменения и прекращения применения принудительной меры медицинского характера в отношении лица, совершившего общественно опасное деяние в состоянии невменяемости, либо лица, которое совершило преступление в состоянии психического расстройства, не исключающего вменяемости, и осуждено к наказанию, не связанному с лишением свободы. Согласно правовой позиции Конституционного Суда указанные меры не могут быть прекращены лишь по причине длительности их применения. Это касается, в т.ч., случаев, когда истек срок наказания или испытательный срок при условном осуждении.

Ключевые слова: принудительные меры медицинского характера

Вопрос о соразмерности продолжительности применения принудительных мер медицинского характера¹ срокам наказания за совершенное уголовно наказуемое деяние возникает всякий раз, когда врачи, а затем и суд рассматривают конкретный случай продления таких мер. Закон не устанавливает предельного срока нахождения на принудительном лечении, а, значит, позволяет продлить ПММХ лицу, отбывшему наказание; заменить амбулаторное принудительное лечение на стационарное; не исключает пожизненного содержания лица на принудительном лечении в условиях стационара. Соответствуют ли данные законоположения Конституции РФ?

Утвердительный ответ на этот вопрос дал Конституционный Суд РФ² в Постановлении от 24 ноября 2023 г. № 54. Предметом его рассмотрения стали п. «а», «в» ч. ст. 97, ст. 99 и 100, ч. 1 и 3 ст. 102 УК РФ в той мере, в какой они служат основанием для решения вопроса о продлении, изменении и прекращении применения ПММХ в отношении:

✓ лица, совершившего общественно опасное деяние³ в состоянии невменяемости,

✓ лица, которое совершило преступление в состоянии психического расстройства, не исключающего вменяемости, и осуждено к наказанию, не связанному с реальным лишением свободы.

Поводом к рассмотрению дела в КС РФ явились запросы Салехардского городского суда, в производстве которого находились два уголовных дела.

Первое дело касалось продления амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра гр. Ф., который приговором этого суда признан виновным в хищении 22 300 руб. с банковского счета своей матери, причинившем ей значительный ущерб. Обвиняемый страдал хроническим психическим расстройством и во время совершения преступления не мог в полной мере отдавать отчет своим действиям. Поскольку, по оценке суда, психическое расстройство Ф. не исключало возможности

¹ Далее — ПММХ.

² Далее — КС РФ.

³ Далее — ООД.

причинения им иного существенного вреда либо опасности для себя или других лиц, он нуждался в применении ПММХ в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения по месту жительства. Такая мера была применена наряду с назначением наказания в виде лишения свободы на срок 1 год условно с испытательным сроком 3 года в связи с возможностью исправления осужденного без реального отбывания наказания.

С 22 сентября по 12 октября 2021 г. Ф. прошел курс лечения в ПНД. Представление уголовно-исполнительной инспекции об отмене Ф. условного осуждения (в связи с изменением постоянного места жительства без уведомления инспекции и в связи с его отсутствием после 22 часов по прежнему месту жительства) суд оставил без удовлетворения, однако продлил испытательный срок на 6 месяцев.

Наряду с этим постановлениями суда от 24 июля 2020 г., 30 декабря 2020 г., 26 июля 2021 г., 17 февраля 2022 г. и 24 августа 2022 г. в отношении Ф. продлевалось амбулаторное принудительное наблюдение и лечение. Когда в Салехардский городской суд поступило очередное представление администрации ПНД о продлении указанной меры, суд приостановил производство и направил запрос в КС РФ о проверке конституционности положений УК РФ в той части, в которой они *не предусматривают предельного срока применения ПММХ в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра.*

Второе дело касалось представления администрации ПНД об изменении в отношении гр. С. ПММХ с амбулаторного принудительного наблюдения и лечения на принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа. Указывалось на наличие высокого риска повторного ООД и нуждаемость С. в длительном и непрерывном стационарном лечении.

Гр. С. в 2019 г. был освобожден от уголовной ответственности за причинение в 2017 г. проживающей с ним матери тяжкого вреда здоровью по неосторожности в состоянии невменяемости. Ему было назначено принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа, которое неод-

нократно продлевалось в связи с недостижением устойчивой ремиссии хронического психического заболевания (постановления суда от 6 марта 2020 г., 12 октября 2020 г.; 29 апреля 2021 г., 4 октября 2021 г., 27 апреля 2022 г.). 31 октября 2022 г. ПММХ изменена на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение.

Салехардский городской суд установил, что С. продолжает страдать хроническим психическим расстройством, его состояние после выписки из стационара ухудшилось. По оценке суда, риски совершения новых ООД сохраняются, имеются формальные основания для удовлетворения представления ПНД, ПММХ будут применяться длительное время, вероятно, пожизненно. Суд приостановил производство по делу и направил еще один запрос в КС РФ с просьбой проверить нормы УК РФ на соответствие их Конституции РФ в той части, в которой они *не предусматривают предельных сроков применения ПММХ, а также допускают увеличение объема обременения (правоограничений) через продолжительное время после совершения лицом в состоянии невменяемости ООД.*

КС РФ, рассматривая оспариваемые положения УК РФ, исходил из того, что защита конституционных прав и ценностей обязывает законодателя к установлению таких необходимых и достаточных правовых мер (способов, механизмов) их обеспечения, которые в максимальной степени способствовали бы предупреждению общественно опасных и (или) преступных посягательств на права и интересы личности, приводили бы к предотвращению или минимизации их негативных последствий для охраняемых законом прав и интересов. При этом государство обязано осуществлять комплекс мер, гарантирующих не только безопасность личности от преступных и иных общественно опасных посягательств, но и охрану здоровья, получение медицинской помощи.

К числу таких комплексных мер относятся меры, связанные с совершением лицом с психическим расстройством, обуславливающим непосредственную опасность для него или окружающих, преступления или ООД, содержащего совокупность объективных признаков преступления. Применение этих мер — в силу неотчуждаемости основ-

ных прав и свобод человека и их принадлежности каждому от рождения — не должно приводить к какому бы то ни было умалению прав лиц с психическими расстройствами, в т.ч. права каждого на достоинство личности, защиту своей чести и доброго имени, права на личную неприкосновенность, исключаящего незаконное — как физическое, так и психическое — воздействие на человека и, соответственно, не допускающего насилие, другое жестокое или унижающее человеческое достоинство обращение, а также права на охрану здоровья и медицинскую помощь.

То есть законодатель, определяя меры обеспечения общественной безопасности, здравоохранения, защиты прав и свобод человека и гражданина, в т.ч. от преступных и иных ООД лиц с психическими расстройствами обязан обеспечить этим лицам необходимую, достаточную и своевременную медицинскую помощь с учетом их психического состояния, что обусловлено непосредственной опасностью для них или окружающих, о существовании которой свидетельствует, в частности, совершение такими лицами преступления или ООД. Одновременно на законодателя возлагается обязанность предусмотреть таким лицам правовые гарантии, в т.ч. судебной защиты, исключаящие незаконное (чрезмерное) воздействие на человека, с тем чтобы обеспечить баланс конституционно защищаемых ценностей, публичных и частных интересов, прав и законных интересов различных категорий граждан, принципы справедливости, равенства и гуманизма.

Соответственно законодатель предусмотрел в УК РФ возможность назначения судом ПММХ лицам, совершившим ООД в состоянии невменяемости, либо у которых после совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение наказания, либо совершившим преступление и страдающим психическими расстройствами, не исключаящими вменяемости (ч. ст. 97).

ПММХ, хотя и регламентируются в качестве разновидности мер уголовно-правового характера и назначаются в связи с совершением преступления или ООД, они не являются мерой публично-правовой ответственности за содеянное, а потому и назначаются

как самостоятельно, так и наряду с наказанием, но независимо от него. *Назначение ПММХ не определяется и не предопределяется тяжестью содеянного, а связано с психическим состоянием лица и обусловленной этим состоянием его опасностью для себя и окружающих. При этом тяжесть деяния, совершенного лицом в состоянии невменяемости, не может служить определяющим критерием, на основании которого устанавливается возможность причинения таким лицом иного существенно-го вреда либо опасность для него самого или окружающих.*⁴

Как указал КС РФ, цели, основания назначения или отказа от назначения ПММХ, предусмотренные УК РФ, согласуются с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».⁵ Закон устанавливает недобровольный порядок: 1) диспансерного наблюдения за лицом с хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями; 2) госпитализации лица с психическим расстройством (как по решению суда, так и до него) в ситуации, когда обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает его непосредственную опасность для себя или окружающих, или беспомощность, или существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи. Выписка таких пациентов, по общему правилу, производится в случаях выздоровления или улучшения состояния психического здоровья, при котором не требуется дальнейшего лечения в условиях стационара.

ПММХ по своей природе и предназначению служат мерой обеспечения охраны здоровья и медицинской помощи в отношении лиц с психическими расстройствами. Совершение ими преступления или ООД выступа-

⁴ Постановление Конституционного Суда РФ от 21 мая 2013 г. № 10-П.

⁵ Далее — Закон о психиатрической помощи.

ет лишь предпосылкой для разрешения вопроса о назначении лечения в недобровольном порядке.

ПММХ являются именно лечением, необходимостью и продолжительность которого определяются состоянием психического здоровья лица, сохраняющейся в силу такого состояния его опасностью для самого себя или окружающих либо возможностью причинения им иного существенного вреда, и *не связаны с категорией совершенного ООД или преступления и сроком наказания*. Иное означало бы применение принудительного лечения вопреки состоянию здоровья человека или отказ от такового не по медицинским основаниям, что вступало бы в противоречие как с положениями УК РФ и Закона о психиатрической помощи, так и с конституционными нормами об охране здоровья, о праве на медицинскую помощь.

Разрешая вопрос о применении ПММХ, суд на основании заключения комиссии врачей-психиатров должен установить представляет ли лицо в силу своего психического расстройства опасность для самого себя или других лиц и возможно ли причинение данным лицом иного существенного вреда, а также подлежит ли изменению ранее назначенная ПММХ, и определить ее вид (п. 12 ст. 397, п. 5 и 6 ст. 442 УПК РФ). Аналогичным образом разрешается вопрос о продлении госпитализации в недобровольном порядке (ст. 33 – 36 Закона о психиатрической помощи).

Назначение и продление применения ПММХ связано лишь с сохраняющимся свойством общественной опасности лица ввиду его заболевания, требующего лечения, сообразного характеру и тяжести этого заболевания. Именно течение заболевания обуславливает продолжительность лечения в принудительном порядке. Это же предусмотрено и Законом о психиатрической помощи.

Изменение и прекращение применения ПММХ допускается исходя из динамики психического состояния лица. Улучшение психического состояния влечет возможность изменения характера (интенсивность, по-

стоянство) наблюдения в условиях стационара либо перевод на амбулаторное принудительное лечение, если лицо по своему психическому состоянию не нуждается в продолжении лечения в условиях стационара. Ухудшение же психического состояния лица, содержащего угрозу его опасности или особой опасности для себя или других лиц, напротив, влечет его помещение в психиатрический стационар с соответствующим характеру заболевания и изменившейся опасности лица наблюдением.

Иное приводило бы к отступлению от реализации конституционно значимых задач охраны прав и свобод человека и гражданина, предупреждения преступлений и обеспечения общественной безопасности; препятствовало бы достижению целей применения ПММХ в части права на охрану здоровья и медицинскую помощь, противоречило бы их содержанию; лишало бы суд, пришедший к выводу о сохраняющейся опасности лица, возможности применить или продлить адекватно отражающие предназначение ПММХ средства защиты прав лиц, совершивших запрещенное уголовным законом ООД или преступление, возможности лечения, ухода, содержания и (или) наблюдения в необходимых амбулаторных или стационарных условиях; подвергало бы в течение неопределенного времени как самих этих лиц, так и потерпевших, а также иных лиц новым, дополнительным рискам нарушения их права на безопасность, охрану здоровья. Ограничения, которые связаны с этими мерами, обусловлены вероятностью существенного ухудшения психического состояния лица, если оно будет оставлено без психиатрической помощи.

Разрешая вопрос о продлении, изменении или прекращении применения ПММХ, *суд не может принимать во внимание тяжесть (степень общественной опасности) деяния, совершенного в состоянии невменяемости, или преступления, совершенного в состоянии психического расстройства, не исключающего вменяемости, а также продолжительность времени, прошедшего после его совершения*. Суд должен учитывать

характер, тяжесть и продолжительность психического расстройства лица, констатировать связанную с ним опасность для себя и окружающих, возможность причинения иного существенного вреда.

В случае отбытия наказания, не связанного с реальным лишением свободы, лицом, осужденным за совершение преступления в состоянии психического расстройства, не исключающего вменяемости, и сохраняющихся ввиду его психического состояния оснований для продолжения амбулаторного принудительного наблюдения и лечения такое лечение, преследующее конституционно значимые цели и ценности, не может, с позиций КС РФ, расцениваться в качестве ограничения или нарушения прав такого лица, защищаемых в судебном порядке.

Разрешая вопрос о дальнейшем применении ПММХ, суд оценивает динамику состояния психики лица, перспективы лечения, так же, как если бы данный вопрос разрешался по правилам Закона о психиатрической помощи (ст. 36). Согласно Закону диспансерное наблюдение прекращается при выздоровлении или значительном и стойком улучшении психического состояния лица. Пребывание лица в психиатрическом стационаре в недобровольном порядке продолжается только в течение времени сохранения оснований, по которым была проведена госпитализация. Даже добровольно госпитализированному пациенту может быть отказано в выписке, если будут установлены основания для его госпитализации в недобровольном порядке.

Выписка пациента, госпитализированного в недобровольном порядке, как и изменение ему стационарного лечения на амбулаторное, производится по заключению комиссии врачей-психиатров или по постановлению судьи об отказе в продлении такой госпитализации. Выписка же пациента, к которому применены ПММХ, а также изменение этих мер производится только по решению суда. Однако, по мнению КС РФ, такое различие, состоящее в исключительно судебном порядке отмены или изменения ПММХ, с учетом наличия гарантий прекращения

данных мер в случае наступления для этого необходимых условий, направлено как на охрану здоровья лиц, находящихся на таком лечении, защиту их от необоснованного и чрезмерного ограничения прав, так и на защиту прав иных лиц от рисков нарушения их прав на безопасность, охрану здоровья и иных прав. Такое лечение, по смыслу взаимосвязанных положений УК РФ и Закона о психиатрической помощи, не является уголовно-правовым ограничением как таковым и тем более не может расцениваться как нарушение конституционных прав личности, защищаемых в судебном порядке, как и отступление от требований ст. 55 (ч. 3) Конституции РФ.

В силу конституционного принципа равенства однородные по своей природе отношения должны регулироваться схожим образом. Соответственно, и ПММХ не могут принципиально по-разному определяться и оцениваться в зависимости от того, подлежат они применению в отношении лиц, совершивших ООД в состоянии невменяемости или преступление в состоянии психического расстройства, не исключающего вменяемости, или в отношении лиц, у которых после совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение наказания.

Итак, КС РФ признал оспариваемые положения УК РФ **не противоречащими Конституции РФ**, поскольку — закрепляя применение к лицам, совершившим в состоянии невменяемости ООД, предусмотренное статьями Особенной части УК РФ, либо осужденным к наказанию, не связанному с реальным лишением свободы, за совершение преступления в состоянии психического расстройства, не исключающего вменяемости, которые продолжают страдать психическим расстройством, в связи с чем сохраняется обусловленная им опасность этих лиц для себя и окружающих, возможность причинения иного существенного вреда, ПММХ (психиатрической помощи в недобровольном порядке), пока не отпадут указанные основания для применения этих

мер, — по своему конституционно-правовому смыслу данные нормы:

- допускают продолжение применения этих мер только по судебному решению при периодическом освидетельствовании указанных лиц комиссией врачей-психиатров, осуществляемом для выявления оснований для их прекращения, продления или изменения, оценки рисков, связанных с изменением обстоятельств их применения с учетом особенностей психического расстройства и психического состояния этих лиц;
- обуславливают разрешение судом по ходатайству администрации психиатрического стационара, уголовно-исполнительной инспекции, контролирующей применение ПММХ, а также лица, к которому применена ПММХ, его законного представителя и (или) близкого родственника вопроса об изменении вида ПММХ или прекращении их применения изменением психического состояния лица вне зависимости от срока, прошедшего со дня предыдущего судебного решения о назначении, продлении или изменении таких мер;
- не предполагают прекращения применения ПММХ (в т.ч. по истечении срока наказания или по истечении испытательного срока в случае условного осуждения при назначении ПММХ наряду с наказанием) лишь по основанию длительности их применения, поскольку такое применение обусловлено целями излечения такого лица или улучшения его психического состояния и предупреждения совершения им новых деяний, предусмотренных УК РФ.

Выявленный в Постановлении конституционно-правовой смысл законоположений общеобязателен, что исключает любое иное их истолкование в правоприменительной практике.

Для нас важно уяснить следующее.

ПММХ обеспечивают, прежде всего, конституционное право лица с психическим расстройством (осужденного либо освобожденного от уголовной ответственности или наказания) на медицинскую помощь. Поэтому применение ПММХ может «выходить за пределы» назначенного (отбытого) срока наказания. Возможно увеличение объема обременения, в частности амбулаторное принудительное наблюдение и лечение может быть изменено на стационарное. Максимальные сроки применения ПММХ законом установлены быть не могут. Соответственно ПММХ не могут быть прекращены лишь по основанию длительности их применения.

Назначение, продление, изменение и прекращение применения ПММХ не определяется и не предопределяется тяжестью (степенью общественной опасности) содеянного. Необходимость и продолжительность принудительного лечения не связаны с категорией совершенного ООД или преступления, сроком наказания и временем, прошедшим после его совершения. Тяжесть деяния не может служить определяющим критерием, на основании которого устанавливается возможность причинения таким лицом иного существенного вреда либо опасность для него самого или окружающих.

ВНИМАНИЕ!

НПА России опубликовала очередную книгу в серии о различных аспектах общественного контроля **«Права пациентов психиатрических стационаров и экспертных отделений и основы общественного контроля за их соблюдением»** (помощь сотрудникам...).

Сост. Л. Н. Виноградова, В. М. Гефтер при участии юриста Ю. Н. Аргуновой.
Москва.: Грифон. 2023. 75 стр.

«Психиатрия идет все больше в направлении карательной»

Клинический психолог Любовь Виноградова о том,
что происходит в отрасли. 16.09.2022



Независимая психиатрическая ассоциация России совместно с Центром защиты пострадавших от домашнего насилия запустили проект совместной помощи женщинам с психическими расстройствами, находящимися в ситуации домашнего насилия. Эксперты ассоциации больше тридцати лет защищают права граждан с психическими расстройствами: оспаривают неправомерные диагнозы, добиваются реабилитации, участвуют в огромном количестве судебных дел. Среди них — защита шамана Александра Габышева, психиатрическое освидетельствование витебского врача-психиатра Игоря Постнова, выступившего ранее с критикой власти и подвергнувшегося за это принудительному лечению в закрытом отделении витебской психбольницы, и многие другие, которые не стали публичными. О том, как ассоциация работает сейчас, как изменилась система психиатрической помощи с 90-х годов, чем опасен бред ревности, о пользе зеркал для пациентов и о том, почему сегодняшнее телевидение вредно для душевного здоровья, мы поговорили с медицинским психологом, исполнительным директором ассоциации Любовью Виноградовой.

**«РАНЬШЕ БЫЛО ДОСТАТОЧНО ОДИН РАЗ
ОБРАТИТЬСЯ В ДИСПАНСЕР ЗА КАКОЙ-ТО
ПОМОЩЬЮ — И ТЕБЯ ТУТ ЖЕ СТАВИЛИ НА УЧЕТ»**

У ассоциации много лет работает общественная приемная. Как-то изменился характер обращений за последнее время, и кто к вам обращается за помощью?

К нам обращаются граждане, которые считают, что их права были нарушены в связи с использованием психиатрии, много людей, которые хотели бы обжаловать свое недобровольное помещение в больницу, очень много обращений граждан, которых признали или собираются признать недееспособными. Есть у нас и отдельная категория граждан, которая обращается в связи с семейными отношениями, — это разводы, определение места жительства детей, ограничение в родительских правах в связи с психическим расстройством. Таких дел становится больше. Помимо этого, есть категория граждан, которая обжалует разного рода ограничения: когда не могут получить разрешение на управление автотранспортом, владение оружием, выполнение тех или иных профессиональных обязанностей. Раньше в этом ограничивали только людей с действительно тяжелыми психическими расстройствами.

Нарушений прав граждан с использованием психиатрии стало больше за последние годы?

Безусловно. Мы в организации отмечаем, что с 2010 года поток нарушений прав граждан с использованием психиатрии начал нарастать, а сейчас к ним прибавились новые ограничения, которым подвергаются люди

с психическими расстройствами, даже с пограничными. Психиатрия идет все больше в направлении карательной, потому что появляется все больше и больше ограничений для людей с психическими расстройствами. Такого не было в 90-е годы.

Речь идет об использовании психиатрии в политических целях?

Пока психиатрия в политических целях у нас практически не используется. Я не скажу, что мы с этим вообще не сталкиваемся, но это единичные случаи, как случай шамана Габышева. Говорить о том, что сейчас существует такая система, как раньше в советское время, мы не можем. Но при этом все больше и больше ограничений для простых людей. Вот тут мы возвращаемся к тому, что было раньше. Потому что раньше было достаточно один раз обратиться в диспансер за какой-то помощью — и тебя тут же ставили на учет, а дальше было огромное количество социальных ограничений.

Каких именно?

Нельзя было выезжать за границу, водить машину, учиться. Потом был долгий период с 90-х годы по начало 2000-х, когда наступила пора настоящей либерализации и снятия многих ограничений. И когда мы видели, что человек нуждается в помощи, советовали ему не бояться получать помощь и идти в диспансер, объясняли, что это медицинская тайна, что это не повлияет негативно на его жизнь, у него будет минимум ограничений. Сейчас мы так не говорим. Потому что мы знаем: если человек попадает в официальную систему помощи, это для него влечет серьезные последствия, и он будет ограничен во многих своих правах.

В делах о домашнем насилии часто даже с нетяжелым диагнозом женщину пытаются лишить родительских прав, таких дел тоже стало больше?

К сожалению, если у женщины есть психиатрический диагноз, она может быть ограничена в правах. Хотя часто это бывает безосновательно. Много случаев, когда женщины с разными диагнозами, даже такими как шизофрения или биполярное расстройство, прекрасно выполняют свои материнские обязанности. И раньше суды при рассмотрении этих вопросов принимали сторону мате-

ри, а сейчас позиции судов значительно изменились. За этим часто стоит не желание папы воспитывать своих детей, а то, что папа не хочет платить алименты или существует иной имущественный спор.

У нас были такие случаи. Например, мы занимались делом молодой девушки, его рассмотрение дошло до ЕСПЧ. Она вышла замуж за врача и предпринимателя-офтальмолога. У него были связи на самом высоком уровне. После рождения второго ребенка у нее развилась депрессия, и семья мужа запрещала ей обращаться к врачу, считая, что это неприлично. В результате, она действительно попала в больницу, но ее диагноз не был особо серьезным. Но потом при разводе суд принял решение оставить детей с отцом. Мы тогда ездили на процесс, освидетельствовали эту женщину — никакой опасности для детей она не представляла.

Чтобы поступить на военную службу, нужно пройти обследование у психиатра?

Конечно, это обязательно. Раньше к нам обращались люди, которые, наоборот, жаловались на то, что психиатр не дает им разрешения на службу в армии. Или те, кто не хотели, чтобы их освобождали психиатры. Как правило, психиатры посылают на экспертизу во всех сомнительных случаях. Люди, у которых есть малейшие отклонения, но которые могут работать, учиться, прекрасно существовать в мирной жизни, попав в стрессовые условия — а наша армия это, безусловно, стрессовое условие, — часто дезадаптируются и подвержены разным срывам.

Члены Ассоциации с самого ее создания участвовали в общественном контроле. Вас сейчас допускают в лечебные учреждения?

В законе о психиатрической помощи эта статья не менялась, и профессиональные организации имеют право осуществлять контроль. Это предполагает согласование с руководством организации. И тут все по-разному. В 90-е годы мы очень много ездили, участвовали в огромном количестве комиссий по людям, которые находились на принудительном лечении, и никогда не было с этим проблем. В последнее время это стало

гораздо труднее. Когда речь идет о согласовании с руководством, некоторые говорят: приезжайте, а некоторые находят причины отказать. В частности мы ни разу не посетили казанскую психиатрическую больницу с интенсивным наблюдением (стационар). Это одна из самых крупных больниц с большой историей — департамент полиции начал направлять в нее «политических» психически больных с 1881 года, и потом она осуществляла лечение диссидентов.

Она очень большая, но мы так и не смогли с руководством больницы согласовать свой визит.

Вы работаете с членами общественных наблюдательных комиссий?

Сейчас общественные наблюдательные комиссии получили право без всяких согласований просто по уведомлению посещать все эти больницы. И мы в течение 2020 – 2021 годов провели целый ряд региональных семинаров для членов ОНК (общественных наблюдательных комиссий). Да, безусловно, сейчас у нас ОНК не такие, как были раньше, когда этот закон вступил в силу, но тем не менее в комиссиях можно найти несколько человек, которые добросовестно относятся к своим обязанностям, а во-вторых, это новая тема, и она многих интересует. И мы встретили живой заинтересованный отклик.

«У ВАС ТУТ ХУЖЕ, ЧЕМ В ТЮРЬМЕ»

Что можно проверить, когда приезжают общественники?

Самое простое — это проверить условия содержания. Я вместе с членами московской ОНК посетила психиатрическую клиническую больницу № 13. Когда они прошлись по разным отделениям, при том, что это московская больница, — они сказали: «Господи, у вас тут хуже, чем в тюрьме». Что они увидели: прогулок нет, в туалетах никакой приватности, душ закрыт, переполненные палаты, никакого места для хранения личных вещей.

Потом в целом нужно проверять, не нарушается ли закон о психиатрической помощи — в нём есть специальная статья, в которой перечислены все права пациентов.

Независимая психиатрическая ассоциация России была создана в 1989 году психо-

терапевтом Виктором Лановым, психиатром Анатолием Корягиным и правозащитником Александром Подрабинеком. В октябре 1989 года Независимая психиатрическая ассоциация была принята во Всемирную психиатрическую ассоциацию. С 1990 года члены ассоциации установили сотрудничество с авторами проекта закона о психиатрической помощи из Института государства и права РАН и разработали собственную правовую программу в качестве подготовки закона о психиатрической помощи. В конце 1991 года вышел первый выпуск «Независимого психиатрического журнала. Вестник НПА». Начиная с 90-х годов, Ассоциация регулярно проводит обучающие семинары и образовательные программы для специалистов и правозащитников, занималась подготовкой социальных работников в области психиатрии, осуществляет издательскую деятельность. С 2000-х годов ассоциация активно занимается мониторингом соблюдения прав человека в психиатрических стационарах.

Есть еще какие-то инструменты защиты прав пациентов?

Кроме общественного контроля, прокуратура должна следить за соблюдением прав пациентов. Когда есть грубые нарушения, мы пишем в прокуратуру и просим, чтобы они вмешались. Иногда очень помогает гласность, местная региональная пресса. Местная пресса более свободна и иногда удаётся найти независимых журналистов, которые берутся освещать проблему.

Что-то уже поменялось в результате деятельности ОНК?

В некоторых регионах деятельность ОНК привела к тому, что вопрос, который никак не обсуждался, сейчас обсуждается — и есть изменения. Это вопрос приватности в душевых комнатах и туалетах. Всегда считалось, что с целью обеспечения безопасности все должно быть открыто. Сейчас стали делать перегородки. И это уже колоссальный шаг вперед.

Второй вопрос — зеркала. Никогда в психиатрических учреждениях не было зеркал — ни в ваннных комнатах, ни в палатах. Считалось, что опасно. У нас в ассоциации был проект по установке антивандальных зеркал в нескольких стационарах. И персо-

нал сам увидел, как меняется атмосфера в отделениях, особенно в женских. Как женщины стали за собой следить. Раньше нельзя было цветы в отделениях иметь, телевизор, телефоны. Были разные аргументы против. От безопасности до того, что они могут фотографировать других и выкладывать в сеть. Но сейчас там, где мы работаем, этот вопрос решается. Телефоны хранятся у сестры-хозяйки и, когда человеку надо позвонить, он приходит и просит свой телефон. Также члены ОНК имеют право беседовать с пациентами, кроме тех ситуаций, когда есть рекомендация лечащего врача этого не делать.

В законе прописано, что должна быть создана независимая служба защиты прав пациентов. Создать ее должно было государство. Почему ее до сих пор нет?

Да, Службу действительно должно было создать государство, причем независимую от органов исполнительной власти в сфере здравоохранения. Мы очень много лет пытались добиться ее создания. Когда уполномоченным по правам человека был Владимир Лукин, мы с ним работали по созданию документов для этой службы, работали с представителями Минздрава, но на каком-то этапе все это рухнуло, потому что Минфин и Минэкономразвития сказали, что никаких денег на это не дадут, а дальше начались «перекидывания» от одного ведомства к другому. Потом мы готовили с другими НКО закон о создании такой службы: предлагали вариант, чтобы эта служба функционировала за счет сил общественных организаций. Обсуждали необходимость создания службы и с уполномоченной по правам человека Татьяной Москальковой, но пока тоже ничего.

**«ГОСУДАРСТВЕННУЮ ЭКСПЕРТИЗУ
СЕЙЧАС МОЖНО ОСПОРИТЬ КРАЙНЕ РЕДКО»**

Бывает так, что пациент находится на лечении и не знает ни свой диагноз, ни то, от чего его лечат?

Да, конечно. Это серьезная проблема — запрет на выдачу информации о психическом здоровье самому пациенту. В законе прописано, что человек имеет право получать такую информацию. Но традиционно

в психиатрии считалось, что пациенту не надо сообщать о состоянии его здоровья, а то он расстроится. В 2011 году был принят федеральный закон об основах охраны здоровья граждан, в котором существует отдельная статья, в которой прописано, что по письменному заявлению больного или его законного представителя должна быть предоставлена копия медицинских документов. Наши психиатры пытались этот закон обойти, утверждая, что в психиатрии есть свой закон. Действительно, в законе о психиатрической помощи это сформулировано не так. Но судебная практика доказала, что закон об основах охраны здоровья граждан имеет большую силу и психбольницы обязаны выдавать пациентам информацию. Поэтому сейчас уже в большинстве регионов эта проблема решена. Но в некоторых случаях врачи пользуются незнанием пациента; тем более далеко не все знают, что запрашивать информацию нужно обязательно в письменном виде.

Когда человек может быть помещен в стационар против своей воли?

Есть только три ситуации, которые четко прописаны в законе о психиатрической помощи: у человека должно быть установлено психическое расстройство, которое обуславливает непосредственную опасность для себя и окружающих, или человек должен находиться в состоянии беспомощности, связанной с психическим расстройством, и третье — самый сложный пункт — оставление без психиатрической помощи может привести к существенному ухудшению здоровья. Например, у человека развивается психоз, на первом этапе это неопасно, но врачи понимают, что если его не лечить, то это может привести к тяжелым последствиям. Если все-таки человек попал в больницу, то в первые 48 часов его должна осмотреть комиссия и решить, можно или нельзя лечить человека против его воли. Не вопрос, болен или не болен человек, а вопрос — можно ли его лечить принудительно. И если комиссия считает, что так можно лечить, больница подает в суд, и в течение пяти дней он должен решить — дать или не дать больнице разрешение на недобровольную госпитализацию.

Есть такая практика, когда судебные заседания проходят без участия пациента?

Есть, при чем тут очень неприятный момент заключается в том, что сейчас она узаконена. Согласно закону о психиатрической помощи, человек обязательно должен присутствовать в судебном заседании о недобровольной госпитализации. По одной из статей закона, если человека нельзя добровольно доставить в суд, то суд должен приехать в больницу. Но в 2015 году в России принят кодекс административного судопроизводства, где есть глава о недобровольных мерах, и там написано, что пациент может присутствовать в судебном заседании, только если он в полной мере понимает происходящее. Это странная формулировка, которая и для здорового человека не всегда подходит. Но надо отметить, что при таком расхождении между кодексом административного судопроизводства и законом о психиатрической помощи, большая часть наших психиатрических учреждений продолжает работать по закону о психиатрической помощи и стараются, чтобы пациенты присутствовали в судебном заседании.

Но есть регионы, где это не так. В частности в Липецкой области во время нашего визита председатель областного суда сказала, что считает достаточным вызов лечащего врача, а не пациента. Это сложный вопрос, возникла коллизия, и она каким-то образом должна решаться. Есть Определение Конституционного суда от 2005 года — разрешение в процессе правоприменения коллизий между различными правовыми актами должно осуществлять исходя из того, какой из этих актов предусматривает больший объем прав и свобод граждан. Мы считаем, что закон о психиатрической помощи предусматривает гораздо больше гарантий соблюдения прав, и мы считаем, что в этом случае должен быть приоритет за законом о психиатрической помощи.

Насколько часто в экспертизе психиатр может высказать особое мнение?

Очень редко. Смысл комиссии в том, чтобы все члены комиссии могли договориться. Когда-то в 90-х годах и в начале нулевых, когда мы принимали участие в судах, суды вы-

носили решения, чтобы провести комиссию с участием специалистов Независимой психиатрической ассоциации России, и нас приглашали — и в Центр Сербского нас приглашали, и мы знаем как это происходит. Иногда кто-то может вынести свое отдельное мнение, но суды будут учитывать выводы, которая сделала комиссия, отдельно эксперт может быть вызван в суд, или может быть назначена судебно-психиатрическая экспертиза в другом месте или с другим составом экспертов. Раньше был другой вариант, когда уже проведенную экспертизу мы могли оспорить в суде. Приходил наш специалист, говорил, что на основании этих выводов нельзя принимать решения. Раньше суды достаточно часто к этому прислушивались, и назначались повторные экспертизы в других учреждениях. Сейчас мы в суды ходить перестали, потому что нас выслушивают, выступить дают, но потом говорят, что у нас нет оснований не доверять государственным экспертам. Государственную экспертизу сейчас можно оспорить крайне редко.

В чем психиатрия нарушает права человека?

Психиатрия это одна из немногих областей, где в некоторых случаях необходимо использование недобровольных мер. Но эти недобровольные меры должны быть под контролем — у нас сейчас судебный контроль, но мы видим, что порой эти недобровольные меры могут применяться без достаточных оснований, и человек от этого страдает.

Конвенция о правах инвалидов говорит об инклюзии для целого ряда людей с особенностями, и наша позиция, что конвенция должна касаться и людей с психическими расстройствами.

На кого в России ложится ответственность по уходу за пожилыми людьми с психическими расстройствами?

Это очень сложный вопрос. В клиниках держат тех, кто нуждается в интенсивном лечении, если человек уже прошел лечение, его отправляют домой. В случае, если он одинокий и самостоятельно дома проживать не может, его помещают в психоневрологический интернат. Интернатов у нас в Москве достаточно много, в других же регионах при-

ходится ждать годами, когда их поместят. Если есть близкие, то близкие должны ухаживать. Но если к обычному человеку социальные работники ходить будут, то к людям с психическими расстройствами — нет. Этого можно добиться, но психиатр должен дать заключение, что он не представляет опасности.

«БРЕД РЕВНОСТИ ЭТО ОЧЕНЬ СЕРЬЕЗНЫЙ ДИАГНОЗ»

В некоторых делах о домашнем насилии человек уходил от ответственности потому, что у него было выявлено расстройство в виде бреда ревности. Что это за заболевание?

Это психотическое расстройство. Еще до начала болезни такие пациенты эгоцентричны, недоверчивы, подозрительны, склонны жестко регламентировать жизнь окружающих и требовать строгого соблюдения установленных ими правил. Бред ревности это очень серьезный диагноз, и он опасен еще и тем, что окружающие люди часто просто не понимают, что это является болезнью.

А какие симптомы у бреда ревности?

Есть некоторые особые формы поведения, которые мы не совсем часто встречаем в жизни, и тогда нужно консультироваться с врачами и принимать меры. Если это так, женщина имеет право написать заявление в психоневрологический диспансер, описать поведение и попросить принять меры. Она должна написать, что предполагает у ее мужа или партнера психические расстройства, которые ведут к тому, что он опасен для нее, для детей, и попросить провести недобровольное освидетельствование.

Врачи могут пригласить его сначала поговорить. Если он не приходит, они должны обратиться в суд, чтобы получить разрешение на его недобровольное освидетельствование. Врачи не очень этого хотят — это хлопотно, но врачи обязаны это делать. Бред ревности плохо лечится, и его нужно ставить как можно раньше.

Можно ли сказать, что люди стали более тревожными за последнее время?

Число пограничных расстройств выросло. За последние полгода возросло и количе-

ство покупаемых лекарств. Это, конечно, связано с тревожно-депрессивными расстройствами. Ведь даже у людей здоровых возникают такие состояния, которые нужно лечить при помощи лекарств.

Буквально несколько дней назад у меня был человек, который против своей воли попал в психиатрическую больницу. Он считает, что это было необоснованно. 22 февраля он прослушал речь Путина, возбудился и позвонил в полицию со словами, что грядет катастрофа, — много всего наговорил, сообщил, что будут теракты. К нему приехала полиция и забрала в участок, куда пригласили дежурного по городу психиатра, тот с ним поговорил и сказал, что у него развивается психотическое состояние, — и его отправили в больницу. Речь Путина запустила у него психотическую тревогу. Он не знал, куда ему обратиться, — и обратился в полицию.

Как вы считаете, язык вражды в СМИ влияет на психическое здоровье человека?

Конечно, влияет. Мы видим, что происходит на экранах телевизоров в течение многих-многих лет. То, что делает наше государство, это преступление. Я сейчас читаю книгу о событиях в Германии 30-х годов: как там все это происходило, как менялся язык общения, как менялась атмосфера в обществе. Нас ведь всегда поражало, как могла культурная немецкая нация впасть в такое состояние, — а сейчас мы видим, как. Несколько поколений было воспитано на том, что если рассказывают по телевизору, то это что-то важное и авторитетное. У нас много семей, которые и сейчас смотрят телевизор с утра до вечера, а по всем каналам одно и то же, и просто нет других каналов. Мы всем советуем не смотреть телевизор. Мы недавно проводили круглый стол со Светланой Ганнушкиной, и она рассказывала, что происходит с беженцами из Украины, которых сейчас очень много в России. Одна семья спаслась из Мариуполя: им стали сразу включать наше телевидение, и они слушали все это целыми днями. И со временем они стали говорить, что хотят обратно, что там уже все хорошо, что город восстановлен...

Беседовала Софья Русова

Невероятные приключения россиян в Индии

Кокурина Е. Тибетские закаты. В поисках тонкого сознания. — М.: Издательство АСТ, 2023. — 304 с., илл. Тираж 2000 экз.

Много лет назад довелось побывать в Иволгинском дацане в Бурятии вместе с группой известных российских неврологов. Нам, как почётным гостям, показали обычно закрытую в деревянном шкафу мумию Хамбо-ламы Даши-Доржо Итигэлова.

По легенде, 15 июня 1927 года Итигэлов сел в позу лотоса, собрал учеников и, находясь в состоянии медитации, ушёл в нирвану. Мумия «потеет», не имеет трупного запаха, а вес тела увеличивается в дни массовых посещений. Буддийские специалисты считают, что Итигэлов пребывает в состоянии помертвой медитации — тукдаме. Бывший директор Института мозга человека академик РАН Святослав Медведев решил изучить этот феномен с помощью ЭЭГ и измерения температуры тела медитирующих буддийских монахов. Поскольку с января 2005 года любые медицинские и биологические исследования тела Итигэлова по распоряжению Хамбо-ламы Дамбы Аюшеева были приостановлены, Медведев (Проф) и его команда, включавшая автора рецензируемой книги — жену и научного журналиста Елену Кокурину — отправились в Индию, в тибетские монастыри, заручившись благословением Его Святейшества Далай-Ламы XIV.

Книга популярно и красочно описывает посещения монастырей на Севере и Юге Индии с 2018 по 2020 гг. В поездках участвовали: директор фонда «Сохраним Тибет» (спонсора проекта) Юлия Жиронкина, профессор МГУ Александр Каплан с двумя аспирантами, и пара медиков. Первыми экспедициями руководил Верховный лама Калмыкии Тэло Тулку Ринпоче (Эрдни

Омбадыков) («наш Ринпоче»), покинувший свой пост после объявления в 2023 г. иностранным агентом. В двух монастырях были открыты российские научные лаборатории. В качестве лаборантов там трудились восемь местных монахов, которых на две недели отправили в Москву и С.-Петербург для обучения методике записи ЭЭГ. Кроме того, им рассказывали о работе мозга. В числе лекторов был академик РАН Константин Анохин — автор «Предисловия», назвавший книгу Кокуриной повествованием «об экспедиции в Зазеркалье». Монахи в долгу не остались, проведя молебен в виварии МГУ, чтобы избавить лабораторных крыс «от страданий и способствовать благоприятному перерождению»: «Профессор Каплан отправился в деканат и каким-то образом получил разрешение на проведение ритуала, мало того, — присутствовал на нём сам и пригласил своих студентов». «Похоже, растёт достойная когорта монастырских исследователей мозга», — написал Каплан в своем отчёте. Он решил изучать философию буддизма для решения научных проблем: «Буддийская логика работает несколько тысяч лет, а наша нейронаука — только последние 200 лет».

Книга посвящена «исследователям мозга, которые не боятся расширить границы привычной реальности». В ней одиннадцать глав, причем к каждой имеется список дополнительной литературы. Среди несомненных достоинств книги — прекрасный литературный язык, ценная информация об истории Тибета, оккупированного в 1959 г. Китаем, о повседневной жизни, культуре, обучении (если ученик проваливался на эк-

замене, его выгоняли из монастыря вместе с учителем!) и мировоззрении тибетских монахов, обосновавшихся в Индии, а также великолепные цветные фотографии монастырей и ритуалов.

Академик Медведев впервые встретился с Далай-ламой 10 лет назад на конференции по проблемам сознания, будучи ещё в директорской должности, но тогда сотрудничество не состоялось «из-за занятости, и из-за риска для Института (можно было индуцировать мракобесие комиссии по лженауке)». Но можно ли назвать наукой изучение медитации с помощью ЭЭГ и тепловидения? Книга имеет подзаголовок «В поисках тонкого сознания», но никакого определения «сознания» (ни толстого, ни тонкого) не приводится. Зато есть словоблудие академика Анохина: «Для того чтобы понять, что такое сознание, необходимо начать рассматривать мозг не просто как нейронную сеть, а как «когнитом» — нейронную гиперсеть, состоящую из нейронных групп со специфическими когнитивными свойствами, а сознание есть специфический процесс широкомасштабной интеграции когнитивных элементов в этой нейронной гиперсети». Вы что-нибудь поняли?

У находящихся в тукдаме буддийских монахов электрическая активность мозга отсутствовала, но, по словам известного ламы, «связь сознания с телом слишком тонкая материя. Её сложно обнаружить с помощью приборов». Пока в нём остаётся сознание, тело не разлагается. У медитирующих покойников дважды в день измерялась температура. В области сердца она оказалось ниже, чем в других частях тела.

«Чем мы только не занимаемся? Это же бред какой-то! — так и хотелось произнести это вслух», — признается Кокурина. Но это желание прошло. В «Послесловии» анонсируется вторая книга «Возвращение тукда-

ма», действие которой охватывает следующие три года (с 2020 по 2022). В этой связи вспоминается скандальная публикация сотрудников НИИ нормальной физиологии им. П. К. Анохина в «Бюллетене экспериментальной биологии и медицины» в 2012 г. Как сказано в аннотации, «крыс-самцов Вистар обучали находить скрытую под водой платформу в водном лабиринте Морриса, после чего их умерщвляли, в то время как в том же помещении происходило спаривание интактных животных. Потомство животных, спаривавшихся во время умерщвления обученных самцов, сравнивали с потомством животных, спаривавшихся во время умерщвления необученных самцов, оценивали их способность к обучению в лабиринте Морриса. Результаты свидетельствуют о том, что самки крыс, зачатые в момент смерти обученных самцов, достоверно быстрее достигали подводной платформы. Причем ускорение в обучении наблюдалось как у молодых, так и у взрослых животных не сразу, а после определенного напоминания — на 3-и и 4-е сутки обучения. У самцов картина была более смазана, и лишь у взрослых животных, зачатых в момент смерти обученных крыс, к концу обучения наблюдалось его ускорение. В остальное время наблюдалась стойкая тенденция к ухудшению их способности к обучению. Результаты исследования свидетельствуют о возможности бесконтактной передачи информации о предшествующем обучении от умирающего организма к зарождающемуся, не имеющему в это время никаких органов восприятия известных типов информации». Статья была впоследствии отозвана, но изучение передачи информации медитирующими тибетскими монахами российским исследователям мозга продолжается.

*Болеслав Лихтерман,
доктор медицинских наук*

Хроника психиатрии снизу

Наконец-то психиатрический бог услышал вопли врачей-психиатров, и был отменен нелепый перечень диагнозов, препятствующих помещению больного в интернат. Освободились десятки блокированных коек в стационаре, но возобновилась очередность помещения в интернаты.

Улучшилось штатное обеспечение клиническими психологами амбулаторной службы и появилась возможность более качественно обследовать кандидатов на ношение и приобретение оружия, а также психологическое тестирование при оформлении на МСЭ.

Появились первые примеры перехода на работу психиатрами врачей-терапевтов. Но это носит скорее эксклюзивный характер.

Быстрыми темпами нарастает компьютеризация документооборота в психиатрической службе. Но остается актуальной проблема качества программ, которые без конца зависят, что вынуждает вести дублирование записей на бумажных носителях.

Психиатрические учреждения включились в оказание помощи лицам, возвращающимся с СВО. Растет когорта больных, страдающих ПТСР и последствиями органических поражений головного мозга.

И. М. Беккер

Социально-экономический контекст (по страницам газеты «Коммерсант»)

Грядут всевозможные меры использования очередного ресурса на смену энергетическому, на этот раз людского. Например, индексация пенсий только работающим пенсионерам, что больно ударит по нашим пациентам, а также — обезличивание персональных данных, доступ к которым получают только государственные и муниципальные власти без согласия граждан.

Пациентский контроль сообщает, что бюджет на закупки АРВТ в 2023 г. в РФ уменьшился почти на треть по сравнению с 2022 г. и привел к сокращению объемов почти всех препаратов.

Треть россиян страдают ожирением, но средства на профилактику этого не выделяются.

Волна телефонного и компьютерного, рекламного, ремонтного и прочих мошенни-

чества достигла уровня, вызвавшего обеспокоенность властей, начавших советовать в частности никогда не говорить «да». Это распространяется на БАДы и другие якобы медицинские товары.

Госдума приняла, наконец-то, законопроект о немедленном освобождении тяжело больных осужденных. Но, как водится, это ничего не изменит: освидетельствование о наличии тяжелого заболевания проводится только по представлению начальника учреждения, а процесс самого освидетельствования может длиться годами. (22.05.2024).

Так фонд «Город без наркотиков» намерен через суд исключить экс-мэра Екатеринбурга Евгения Ройзмана (включен в реестр иностранных агентов) из состава учредителей Фонда, поскольку его имя несет для организации «репутационные потери». Поли-

тик, неоднократно привлекавшийся к ответственности за дискредитацию ВС РФ, отказывается уйти добровольно. Сам Фонд «Город без наркотиков» получил широкую известность в начале 2000-х. Создатель, основатель и учредитель этого фонда по его собственным словам утверждает, что фонд не существует с 2014 г., хотя его имя пытаются использовать, но с 2014 г. никакой работы он ведет. Только на сайте регулярно

появляются новости из разных городов России о преступлениях, совершенных в сфере наркопотребления. Согласно юристу компании «Гнозис», в настоящий момент правовых оснований исключения из состава учредителей фонда нет.

Профессиональная репутация не снижается статусом «иностранный агент». (29.05.2024)

Очередное анекдотическое решение

На этот раз это планирование Следственным комитетом помещения под стражу («конечно через Суд») главы оккультной организации «Империя сильнейших ведьм» Елены Суликовой из подмосковной Ивантеевки. Выступавшая в телешоу «Битва экстрасенсов» под псевдонимом Алена Полынь, она автор книги «Мое имя Полынь», якобы содержащая «лингвистические и психологические признаки» призывов к насилию в от-

ношении служителей РПЦ и продававшей по цене 3,6 тысяч рублей — все-таки автор «ведьма с мировой известностью». (06.06.2024).

Этому соответствуют данные о росте доверия к паранаукам: более трети работодателей (36 %) используют при найме на работу и контроля собственных сотрудников, полиграф, а также услуги астрологов, нумерологов и т.п.

Врачи сообщат полиции о пациентах, склонных к общественно опасным преступлениям

Госдума в первом чтении приняла правительственный законопроект, согласно которому медики и полицейские будут обмениваться информацией о лицах с психическими расстройствами, склонных к совершению общественно опасных действий. Документ вносит изменения в закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», «О полиции», а также «Об основах охраны здоровья граждан РФ».

В настоящее время диспансерное наблюдение может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством «с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями». Законопроект предлагает распространить эту норму и на лиц «со склонностью к совершению общественно опасных действий». Полиция будет наблюдать за такими гражданами в целях преду-

преждения совершения ими преступлений и административных правонарушений».

При этом раскрытие врачебной тайны без согласия гражданина, признанного склонным к общественно опасным действиям, или его законного представителя, будет возможно по запросу полиции. Также раскрытие врачебной тайны будет допускаться в целях информирования полицейских о таких лицах и о тех, кто страдает психическим расстройством и в отношении кого судом назначены принудительные меры медицинского характера. В пояснительной записке уточняется, что законопроект разработан в целях совершенствования взаимодействия медиков и органов внутренних дел в сфере обмена информацией о лицах, «находящихся на диспансерном наблюдении и склонных к совершению общественно опасных действий». Эти сведения будут передаваться через систему межведомственного электронного

взаимодействия по аналогии с механизмом в сфере медосвидетельствования на наличие противопоказаний к владению оружием.

В пресс-службе Минздрава РФ ранее заявляли, что из общего количества людей с психическими расстройствами число тех, кто представляет опасность для себя и окружающих, минимально, но они требуют особого внимания со стороны медработников и правоохранительных органов. Например,

в случае, когда такой гражданин не явился на очередной прием в рамках диспансерного наблюдения, правоохранительные органы должны оказать содействие в его поиске в рамках работы по профилактике правонарушений.

Иван Тяжлов
(«Коммерсант», 29.05.2024)

Главный раввин России одергивает пропагандиста

«Кризисные времена всегда порождают людей, спекулирующих на неприкосновенных темах, чувствах и страхе. Ради мнимого авторитета и известности, они готовы на самые кощунственные слова и поступки... А в эпоху клипового, фрагментарного сознания люди составляют суждения по громким заголовкам... Если ты слышишь ужасные вещи, лучше не поверить, чем податься очередной войне ненависти, увеличить вражду и недоверие друг к другу.

Недавно в эфире популярной телепрограммы «Вечер с Владимиром Соловьевым» на федеральном канале прозвучали экстремистские заявления человека, представленного раввином и комментировавшего события в Газе. Не было названо даже имя этого человека. И это неслучайно: он абсолютно неизвестен. Но в этом и кроется опасность: он будто представляет какой-то собирательный образ, будто он типичен... Его слова

противоречат самому еврейскому закону и религиозным основам, которые знают даже дети... Речь данного попате-раввина переведена на несколько языков. Зачем? Логичнее стереть это видео, чтобы не множить ни произносимые слова, ни кроважидные ассоциации, которые они рожают... Также нельзя всерьёз... видеть заветы Ислама в призывах экстремистов убивать всех евреев... Недопустимо, чтобы радикальные взгляды никому не известных людей подавались в качестве позиции иудаизма или же другой религии. Нельзя тиражировать преступные заявления, направленные на разжигание межрелигиозной и межнациональной розни. Именно на взаимном уважении и пиетете перед добром строится мир».

Берл Лазар, главный раввин России.
(«Коммерсант», 14.03.2024).

Глядя из Лондона.

18-й Всемирный конгресс по противоречиям в неврологии (CONy)

Этот ежегодный трёхдневный форум должен был пройти в Лондоне четыре года назад, но из-за начавшейся пандемии ковида был отложен. И вот он наконец-то состоялся в традиционном формате баттлов — модератор делал краткое вступление, а затем докладчики приводили аргументы «за» или «против» выносимого на обсуждение вопроса (см. МГ № 13 от 06.04.2022, № 22 от

14.06.2019 г. и № 17 от 04.05.2018 г.). В отличие доковидных конгрессов, он собрал меньше участников (около 700). Из России нас было только двое, но русская речь постоянно звучала, так как были хорошо представлены бывшие советские республики (страны СНГ и Балтии). Организатором и бессменным президентом CONy является профессор Амос Корчин (Израиль).

ПОЛЁТ ФАНТАЗИИ

Несомненный интерес вызвали пленарные доклады. Иммунолог Анжела Винсент (Великобритания) посвятила выступление аутоиммунным болезням (antibody-mediated diseases), прежде всего миастении. Количество аутоиммунных неврологических расстройств неуклонно растёт. Примерно у 80 % больных с генерализованной миастенией обнаруживаются антитела к ацетилхолиновым рецепторам. Антитела (чаще это IgG подкласса 1 или 3) связываются с мышечными или нейрональными поверхностными эпитопами мембранных белков в важных синапсах (нейромышечных или ЦНС), вызывают потрею белка и снижение синаптической передачи. Для оценки уровня антител сейчас используются клеточные анализы (cell-based assays). Иммуноterapia снижает уровень антител и улучшает клинических симптомов. Дети больных миастенией обычно нормальны, хотя иногда у них наблюдается транзиторная миастения вследствие проникновения AChR-антител через плацентарный барьер. Редко наблюдается множественный врождённый артрогрипоз (АМС) вследствие недостаточных движений плода. Раньше такие дети, как правило, погибали. Сейчас благодаря обмиевному переливанию плазмы, тимэктомии, введению стероидов и азатиоприна титр антител удается снизить, и рождаются нормальные дети. Фетальные расстройства, связанные с антителами к ацетилхолиновым рецепторам (Fetal ACh Receptor Antibody-related Disorders — FARAD) могут быть разной тяжести — от летального АМС до персистирующих детских миопатий. При этом у половины матерей симптомов миастении не наблюдается, но отмечается сильная реактивность антител на фетальные ацетилхолиновые рецепторы. Иммуноterapia мамы до или на ранней стадиях беременности защищает ребёнка.

Другим аутоиммунным неврологическим заболеванием является лимбический энцефалит, приводящий к височной эпилепсии. К их числу также относят приобретенную нейромитонию вследствие перевозбуждения периферических нервов. У 40 % таких больных выявляются антитела к калиевым каналам (voltage-gated potassium channels —

VGKC). Переливание плазмы и назначение стероидов улучшает состояние. Однако оказалось, что эти антитела принадлежат к подклассу IgG4 и связываются с другими белками VGKC комплекса, преимущественно с CASPR2. В докладе также были упомянуты другие редкие расстройства. Вывод таков: надо чаще определять уровень антител. Речь идет об IgG1,3 или IgG4. В большинстве случаев мы не знаем, какие именно клетки или сети поражаются антителами, что вызывает специфические клинические расстройства.

Доклад Клаудио Бассетти (Италия) был посвящён расстройствам сна. Существует шесть циркадных циклов сна и бодрствования со своим набором медиаторов. Функциями сна являются: экономия энергии и снижение клеточного стресса, а также нормализация метаболизма (state dependent metabolic partitioning). Влияние сна на соматическую: рост/починка, нормализация иммунитета и сердечно-сосудистой системы. Сон способствует пластичности мозга, удалению из него шлаков, а также обучению и запоминанию. При бессоннице, наоборот, отмечается накопление отложений в мозгу амилоида и тау-белка. Хороший сон является неотъемлемой частью мозгового здоровья. Плохой сон увеличивает риск инсульта и деменции. Расстройства сна являются первым или основным проявлением мозговых расстройств (нарушения REM-фазы сна при поражении ствола и паркинсонизме, нарколепсия при поражении гипоталамуса, гиперсомния при патологии таламуса).

Нейропсихолог Нариндер Капур (Великобритания) рассказал о функциональных неврологических расстройствах. Как отличить их от органических неврологических расстройств с одной стороны и симуляции — с другой? В судебно-медицинской практике «функциональные неврологические расстройства» диагностируют у больных с лёгкой черпно-мозговой травмой вместо посткоммоционного синдрома. При этом у юристов складывается впечатление, что речь идёт о неврологических заболеваниях. В результате такие больные могут получать ненужное и дорогостоящее лечение, что чревато юридическими последствиями как для пациентов, так и для врачей. Поэтому необходимо изучать и использовать нейропсихо-

логические тесты (performance and symptom validity tests), которые, как правило, при функциональных неврологических расстройствах являются нормальными. В качестве иллюстрации был приведен случай осужденного за мошенничество на пять лет бизнесмена, который уже через 10 мес. вышел на свободу, т.к. врачи диагностировали у него пресенильную деменцию. Данные нейропсихологического исследования суд проигнорировал, и нейропсихолог в судебных слушаниях не участвовал. Выйдя на свободу, этот человек работал бизнес-консультантом, а поставленный ему диагноз называл ошибочным. Далее докладчик выделил 12 функциональных когнитивных расстройств (амнезия, апраксия, нарушения внимания, нарушения речи, акулькулия, и т.д.). Характерной чертой когнитивного функционального расстройства является несоответствие (inconsistency), которое может быть внешним и внутренним. Однако несоответствия могут наблюдаться как при неврологических функциональных расстройствах, так и при симуляции.

Пожалуй, наиболее увлекательным был доклад Адама Земана (Великобритания) об афантазии (aphantasia) — неспособности что-то вообразить. У Аристотеля есть термин «фантазия» — способность к воображению. Афантазия — его противоположность. Таким врождённым дефектом страдает примерно 1 % населения. Её можно объективизировать (плохая автобиографическая память, сниженная способность к распознаванию лиц, отсутствие реакции зрачков на воображаемый свет, данные функциональной МРТ). Встречается также (примерно в 3 % популяции) гиперфантазия — повышенная воображаемость (в т.ч. при болезни Паркинсона, шизофрении, навязчивых воспоминаниях (intrusive memories)). Афантазия может быть приобретённой (при инсульте, ЧМТ, депрессии, психозах). Нейрональные корреляты афантазии нуждаются в дальнейшем изучении.

Исполнительный директор НКО «Alzheimer's Disease International» Паола Барбарини (Великобритания) говорила завышенной стоимости антиамилоидных препаратов. Эта ассоциация, созданная в 1984 году, объединяет 105 национальных организаций по борьбе с болезнью Альцгеймера и деменции.

ей. Предполагается, что три четверти случаев деменции не диагностируются. Прогнозируется, что к 2050 г. число дементных больных удвоится, достигнув 130 млн. В мире деменция находится на седьмом месте среди причин смерти. Новые методы лечения требуют подтверждения диагноза инструментальными методами, а аппаратуры (ПЭТ-сканов) и специалистов не хватает. Возможно, с появлением новых тестов по определению в крови биомаркеров, потребность в ПЭТ-сканировании уменьшится. ВОЗ разработала глобальный план действий по деменции, на основе которого появились национальные планы. К сожалению, в России такого одобренного Минздравом плана не существует. Более половины медработников считают деменцию частью нормального старения. Новые лекарства замедляют развитие деменции, но это не отменяет важности ухода. Основная его тяжесть падает на родственников больного. Стоимость новых медикаментов оказывается непосильной как для больных, так и для системы здравоохранения. Кроме того, их применение может вызвать нежелательные явления. Например, при приеме донанемаба у четверти больных отмечался отёк мозга, а у каждого пятого — микрокровоизлияния. Тем не менее, больные не информируются о возможных рисках лечения.

ГЛАВНОЕ — НЕ НАВРЕДИ

Основными темами дебатов традиционно были нейродегенеративные и аутоиммунные заболевания, головная боль, инсульты и эпилепсия. Например, обсуждался вопрос о целесообразности минимально инвазивной хирургии внутримозговых кровоизлияний. По данным больших рандомизированных испытаний краниотомия с удалением гематомы никакой пользы не приносит. Но, может быть, опорожнение гематомы через катетер с последующим тромболизисом оправдано? Другой дискуссионный вопрос — механическая тромбэктомия при обширных инфарктах мозга. Насколько она целесообразна? Дьявол, как обычно, в деталях (например, в размерах пенумбры). Необходим тщательный отбор больных на операцию. Вопрос о проведении тромболизиса у больных с лёгким инсультом, поступившим

в пределах терапевтического окна (в первые 4,5 часа после начала инсульта) также дебатировался. Т.н. «малый инсульт» очень разнороден. В 90 % состояние больных улучшится без всякого тромболитика. Но как определить тех, у кого улучшения не произойдет? Для этого необходимы перфузионные исследования (перфузионная КТ).

Вероятно, наиболее частой патологией при КТ и МРТ исследованиях у пожилых является «дырка в мозгу» — бессимптомная «болезнь мелких сосудов» (small vessels disease) — БМС. Четверть людей старше 80 лет имеет асимптомный лакунарный инфаркт по данным МРТ. На каждый десять «немых» инфарктов приходится один симптоматический. Обнаруживаемые с помощью нейровизуализации изменения являются фактором риска инсульта, деменции, падений и ранней смертности. Что делать? На сегодняшний день нет доказанных способов замедлить прогрессирование БМС. Нужно ли в таких случаях назначать антиагреганты или достаточно воздействовать на факторы риска? Для обозначения «дырки в мозгу» существует более 150 терминов. Этиология различна — мелкий инфаркт, маленькое кровоизлияние, воспаление, травма и т.д. По данным КИ ASCEND приём аспирина снижал частоту ишемического инсульта, но повышал вероятность внутричерепного кровоизлияния. У каждого сотого больного, принимающего аспирин, развиваются большие кровотечения (number need to harm (NNH) = 100). Согласно рекомендациям Европейской организации инсульта (ESO), «назначение антиагрегантов для профилактики прогрессирования БМС у пожилых (старше 70 лет) больных может принести вред, если нет других показаний для их приёма».

Курение является существенным фактором риска атеросклероза и инсульта. Могут ли заядлые курильщики выиграть от перехода с обычных сигарет на альтернативные пути доставки никотина? Ехья Орсан (Израиль) отвечал утвердительно, приведя данные о том, что вред от электронных сигарет на 95 % ниже по сравнению с обычными, а в Швеции, где легализованы снюсы, существенно ниже заболеваемость раком легких. Кроме того, больные инсультом менее склонны к отказу от курения по сравнению

с онкологическим больными. Ласло Чоба (Венгрия) настаивал, что необходим полный отказ от курения. Европейская организация инсульта, также как и ВОЗ, призывает прекратить использование любой табачной продукции.

ЭПИЛЕПСИЯ И МОЦАРТ

В дебатах по эпилепсии участвовали известные эпилептологи, такие как профессор Ева Андерманн (Канада), Иван Ректор (Чехия), Элинор Бен-Менахем (Швеция), Жаклин Френч и Майкл Сперлинг (США), вице-президент Международной противоэпилептической лиги Алла Гехт (Россия) и др. Надо ли мониторировать уровень противоэпилептических препаратов в сыворотке? В какой дозировке принимать фолиевую кислоту беременным? Когда назначать противосудорожную политерапию? Какой метод нейростимуляции выбрать? Надо ли предпочесть лазерную интерстициальную термальную абляцию (laser interstitial ablation therapy — LITT) открытой хирургии при при мезиальном височном склерозе? Какие показания к интракраниальной ЭЭГ? По каждому вопросу можно писать отдельную статью, поэтому органичимся темой выбора нейростимуляции при эпилепсии. Типов нейростимуляции четыре — транскраниальная, вагусная, глубинная мозговая и адаптивная (responsive). Выбор оптимального метода зависит от клинической картины. Стимуляция блуждающего нерва показана при фокальной и генерализованной эпилепсии с депрессией. Глубинная мозговая стимуляция переднего ядра таламуса показана при лобно-височной эпилепсии без депрессии. Адаптивная стимуляция показана при четко очерченной эпилептогенной зоне (с депрессией или без депрессии), но в Европе эта методика не лицензирована. Больному с эпилептогенным очагом в неокортексе, который отказывается от инвазивных вмешательств, можно предложить фокальную транскраниальную стимуляцию коры (эффективность данного метода не доказана). Иван Ректор привёл любопытные данные о влиянии музыки Моцарта и Гайдна на число спайков при интрацеребральной ЭЭГ. Моцарт уменьшал число интериктальных эпилептиформных разрядов (IED) по

сравнению с Гайдном, а реклаксирующая музыка, наоборот, это число часто увеличивала.

Для предоперационной оценки при МРТ-негативной фокальной эпилепсии рекомендуется ASL (arterial spin labeling). Эта новая методика функциональной нейровизуализации позволяет выявить изменения мозговой перфузии в эпилептогенной зоне. По сравнению с ПЭТ, здесь нет облучения, и можно имплементировать полученные

данные в имеющиеся МРТ-протоколы. Сочетание различных методов нейровизуализации позволяет четко очертить эпилептогенную зону при МРТ-негативной эпилепсии.

Следующий конгресс состоится в Праге в марте 2025 года.

*Болеслав Лихтерман,
Лондон – Москва*

«Университетская клиника психиатрии — союз науки и практики»

30 мая 2024 года в больнице им. Н. А. Алексеева, отметившей в этом году свое 130-летие, прошла VIII Всероссийская научно-практическая конференция «Диагностика и лечение психических расстройств на стыке биологического и психотерапевтического подходов» в рамках проекта «Университетская клиника психиатрии — союз науки и практики». Конференция проводилась под патронажем Российского общества психиатров и Департамента здравоохранения г. Москвы. Организатор конференции — кафедра психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России.

Согласно установившейся традиции, на этой конференции приблизительно в равных долях были представлены спикеры из области психиатрической науки и практики. Именно такой подход представляется наиболее продуктивным и перспективным если мы хотим добиться главного — интеграции научных открытий в клиническую практику. Сегодня этот тренд принято обозначать как «Трансляционная медицина».

Конференция открывалась с трагической минуты молчания. Со словами глубокого соболезнования в связи с кончиной видного деятеля Независимой психиатрической ассоциации, одного из основоположников формирования базовых принципов правовой защиты пациентов и врачей-психиатров в нашей стране Любови Николаевны Виноградовой выступили профессора Краснов Валерий Николаевич и Шмилович Андрей Аркадьевич.

В первом докладе Шмилович Андрей Аркадьевич — заведующий кафедрой психиатрии РНИМУ им. Н. И. Пирогова, поднял вопрос о персонификации депрессивных расстройств. В диагностике психических расстройств сегодня существует тренд к стандартизации и обезличиванию психопатологии, что безусловно упрощает, вульгаризирует и формализует терапевтический процесс. Эта тенденция стала главной мишенью для критики автора этого доклада. В подтверждение своей точки зрения Андрей Аркадьевич представил свою оригинальную классификацию депрессивных расстройств, опирающуюся в том числе на характерологический преморбид пациентов.

Профессор Бархатова Александра Николаевна, руководящая отделом эндогенной психической патологии в НЦПЗ РАН, посвятила свой доклад очень важным и практически значимым вопросам определения терапевтической тактики на начальных этапах развития шизофрении. Был представлен научно обоснованный подход к дифференцированной терапии манифестных состояний.

Отдельного осмысления заслуживает глубокий и философско-аналитический доклад доцента Воскресенского Бориса Аркадьевича, который в свойственной ему манере тонкого созерцателя внутренних представлений о болезни, показал значение interoцептивных ощущений пациентов, локализованных в области сердца. Главный витальный орган в сознании каждого человека в результате болезненной деформации пси-

хика превращается в чувствительный индикатор различных психопатологических переживаний.

Анна Яновна Басова, будучи у руля крупного детского психиатрического учреждения Москвы — Центра Г. Е. Сухаревой — осталась на самой острой и насущной проблеме детской психиатрии — суицидологии. К сожалению, несмотря на активные превентивные меры, статистическая ситуация в этом вопросе продолжает оставаться неблагоприятной. Автор особое внимание уделила вопросам психопрофилактики суицидов у детей и подростков, выделив ключевые клинические, психологические и социальные факторы риска.

Сибирским гостем конференции был известный Омский профессор — Усов Григорий Михайлович, руководящий кафедрой психиатрии и медицинской психологии ОГМУ. В его докладе слушатели услышали много новых и интересных данных о происхождении нонкомплаенса при шизофрении. Докладчик особенное внимание уделил инновациям в области биологической психиатрии и психофармакологии, благодаря которым решение проблемы приверженности в психиатрии может быть существенно облегчено.

Предварительные результаты интересного ретро- и проспективного исследования шизотипического расстройства были доложены двумя авторами — профессором кафедры психиатрии РНИМУ им. Н. И. Пирогова Панковой Ольгой Федоровной и ее ученицей — ассистентом кафедры Ивановой Светланой Михайловной. В этом сообщении акцент делался на организационный аспект проблемы. Такие пациенты, к сожалению, в большей степени, чем при другой психопатологии оказываются без своевременной и точной диагностической верификации состояния и, как следствие, с запоздалым и недостаточным по эффективности лечением.

В докладе заведующей отделением ПКБ им. Н. А. Алексеева Онегиной Елены Юрьевны, прозвучавшем в утренней сессии, был поднят очень важный и во многом дискуссионный вопрос о клинической целесообразности применения современного поколения атипичных антипсихотиков при БАР. Автор убедительно с яркими клиническими иллюстрациями показала, что группа антипсихотиков 2 и 3 поколений может быть позиционирована как терапевтически эффективная

не только в лечебном, но и в превентивном отношении при разных типах БАР.

Владимир Эрнстович Медведев, руководящий кафедрой психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии РУДН, посвятил свой доклад концептуальным вопросам клинической психиатрии. Основываясь на достижениях современных нейронаук (нейроиммунология, нейрофизиология, нейрогенетика и др.), были представлены прогнозы дальнейшего развития психиатрической отрасли медицины. Докладчик убедительно показал большие перспективы в интеграции клинических и базовых биологических фундаментальных дисциплин.

Завершал утреннюю сессию доклад ассистента кафедры психиатрии РНИМУ им. Н. И. Пирогова Гончаренко Сергея Николаевича, представившего результаты своего многолетнего проспективного исследования клинических и социально-психологических факторов, определяющих мотивы госпитализаций у больных параноидной шизофренией. Были показаны клиничко-психологические и экономические преимущества системы оптимизации психиатрической службы с ее разумной и рациональной деинституализацией в отношении этой категории больных, многие из которых с большей эффективностью и с меньшими рисками развития госпитализма могли бы получать помощь в полустационарном и амбулаторном режимах.

Вторую сессию открыл доклад профессора Краснова Валерия Николаевича, заведующего кафедрой психиатрии ФДПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова. Его сообщение было посвящено вопросам патоморфоза наиболее распространенных психических расстройств и депрессии, в частности. Валерий Николаевич, проанализировал современные реалии, расширяющие участие IT-технологий в жизни человека. Эти социальные перемены настолько глобальны, что их нельзя не учитывать в видоизменении как внешних проявлений аффективной патологии, так и внутренней картины депрессивных переживаний пациентов 20-х годов XXI века.

Игорь Юрьевич Дороженков, доцент кафедры психиатрии и психосоматики Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, в своем сообщении представил яркий и разносторонний обзор современных методов терапии аффективных расстройств.

В докладе Алексея Александровича Шафаренко, заведующего отделением КРПП ПКБ им. Н. А. Алексеева, были проанализированы клинические аспекты коморбидности расстройств пищевого поведения и тревожных нарушений.

Психотерапевтический доклад доцента кафедры психиатрии РНИМУ им. Н. И. Пирогова Миникаева Владимира Борисовича был посвящен описанию техник и анализу эффективности мотивационного интервью в когнитивно-поведенческой терапии.

Второй доклад Елены Юрьевны Онегиной был также посвящен актуальным вопросам современной психофармакологии. В этом сообщении врач с большим клиническим опытом, помимо результатов научных исследований изложила собственные клинические впечатления от многолетнего применения атипичных антипсихотиков в терапии дефицитарных симптомов шизофрении.

Особенно следует отметить доклад, подготовленный двумя заведующими отделений ПКБ им. Н. А. Алексеева — Бариевой Фатимы Татаевны (женское общепсихиатрическое отделение) и Баляна Андрея Сергеевича (отделение реанимации), посвященный анализу клинической эффективности и безопасности современного протокола проведения электросудорожной терапии. Авторы составили исторический очерк о методике ЭСТ, а также подробно и наглядно описали методику, показания, противопоказания и привели результаты натуралистиче-

ского исследования с убедительными выводами об эффективности и безопасности ЭСТ.

В сообщении Ольги Александровны Юнилайнен были показаны результаты собственного диссертационного исследования, посвященного изучению биологических факторов терапевтической резистентности эндогенных депрессий. Особенно практически значимыми в этой работе были дифференцированные рекомендации по преодолению резистентности в терапии этих больных.

Завершал конференцию доклад доцента кафедры психиатрии и мед. психологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова Чугунова Дмитрия Александровича, в котором автором были показаны предварительные результаты текущего исследования клинических показателей и биологических маркеров когнитивных нарушений и негативных симптомов при шизофрении.

Подводя итог, хочется заметить, что прошедшая конференция в очередной раз показала высокий уровень научно-практической ценности, что нашло свое отражение в искреннем и широком интересе к ней специалистов в области психиатрии и смежных дисциплин — 856 участников из 78 регионов России, а также иностранные специалисты из Казахстана, Беларуси, Узбекистана, Армении, Молдовы и Эстонии.

А. А. Шмилович

Конференция в Ростове-на-Дону «PRO ET CONTRA в психиатрии»

15 июня 2024 года в г. Ростове-на-Дону прошла крупная межрегиональная научно-практическая конференция, посвященная 100-летию кафедры психиатрии (в настоящее время психиатрии и наркологии) Ростовского государственного медицинского университета. Название конференции «PRO ET CONTRA в психиатрии» было выбрано не случайно. Достаточно редко в последние годы научные сообщения формируются в виде двух противоположных точек зрения на какие-либо актуальные вопросы современной психиатрии, что заведомо при-

водит к дискуссии и дает возможность задать вопросы докладчикам. На конференции, которая проводилась в очном режиме, присутствовало более 250 практических врачей, психологов, преподавателей и учебных ординаторов. Кроме участников из Ростова-на-Дону были и наши давние друзья из соседних регионов — из Краснодара главный внештатный детский психиатр Васянина Юлия Шахиевна, из Ставрополя — доцент кафедры психиатрии Яровицкий Владимир Борисович, из Волгограда — психиатр и психотерапевт Осадший Юрий

Юрьевич, а также специалисты из других городов России, которые активно участвовали в работе конференции, прениях. Было оглашено приветствие от президента НПА (в Ростове активно работают оба профессиональных сообщества психиатров) Ю. С. Савенко. Затем с приветствием выступил почетный (и традиционный) гость наших конференций — Юрий Анатольевич Александровский — заслуженный деятель науки Российской Федерации, член-корреспондент РАН, рассказавший о своих ростовских корнях, о друзьях и коллегах из Ростова-на-Дону.

Заведующий кафедрой психиатрии профессор В. А. Солдаткин рассказал об истории кафедры, которая появилась в Ростове-на-Дону еще в 1915 году как составная часть Варшавского университета, эвакуированного в период первой мировой войны. Но именно в 1924 году состоялось разделение единой на тот момент кафедры нервных и душевных болезней два отдельных учебных подразделения. Была представлена научно-преподавательская школа Ростовского медицинского университета — в разные годы кафедрой заведовали профессора К. С. Агаджанянц, А. И. Ющенко, М. Я. Серейский, Н. Н. Корганов, Ю. С. Николаев, М. П. Невский, В. М. Коваленко, А. О. Бухановский.

Научная часть первой сессии была посвящена вопросам личностных расстройств. Первую пару диспутантов составили А. В. Павличенко (Москва) и А. Я. Перехов (Ростов-на-Дону). Первый утверждал, что с точки зрения современного клинко-статистического (по МКБ и DSM) подхода к пониманию сути шизофрении и расстройств шизофренического спектра наступила пора забыть про устаревший взгляд на формирование необратимых изменений в психике и в личностном устройстве пациентов, особенно при шизотипическом расстройстве личности (ШРЛ), так как это, в свою очередь, ведет к сохранению устаревшей парадигмы «гипердиагностики шизофрении», сохранению концепции вялотекущей шизофрении. Также была сделана попытка доказательств того, что «эндогенных» болезней в психиатрии нет, спонтанные личностные изменения существуют сами по себе, «как факт». А. Я. Перехов взял за основу клинко-психопатологический, а главное динамический методологический подход и предположил, что любые расстройства (не только психические) могут протекать с раз-

ной степенью интенсивности и прогрессивности, поэтому расстройства шизофренического спектра (шизотипические, в том числе и ШРЛ) должны встречаться на несколько порядков чаще, чем классическая психотическая шизофрения. В прениях большинство выступавших сошлись на мнении, что представлены два крайних подхода, один революционный, психосоциальный, другой — классический, биопсихический.

Вторая пара — профессор Сиволап Ю. П. (Москва) и доцент Мрыхин В. В. (Ростов-на-Дону) представили несколько разное мнение о распространенности расстройств личности (РЛ) в прошлом и в настоящее время.

Сиволап Ю. П. говорил о существующей тенденции к гипердиагностике этой патологии, когда психологические особенности человека зачастую трактуются как проявления психопатологии, а сами критерии «психопатии», сформированные психиатрами прошлого неоднозначны и размыты.

Мрыхин В. В. высказал мнение, что частота расстройств личности, как в прошлое время, так и сейчас, остается примерно одинаковой, но их клинические проявления претерпели изменения. Так, в частности, гораздо чаще в настоящее время встречается коморбидная патология в виде химической и нехимической зависимости, сочетание клинической картины РЛ с иными психопатологическими и/или соматическими симптомами, увеличение частоты выраженной жестокости и сексуальных деликтов без истинных нарушений сексуальной сферы. Было высказано мнение, что клинические проявления и распространенность РЛ не меняются в прямой корреляции с техническим и информационным развитием общества или изменением его ценностей. В то же время социальные перемены и технический прогресс (например, появление интернета) в определенной степени могут приводить к изменению клинических проявлений РЛ, а в некоторых случаях негативно сказываться на состоянии психической сферы.

Очередная пара «спорщиков» — один из лидеров совета молодых ученых РФ Ю. Ю. Осадший (Волгоград) и снова А. Я. Перехов (Ростов-на-Дону). Первый отстаивал самостоятельность диагноза «Пограничное расстройство личности (ПРЛ)», второй, полностью соглашаясь, что есть множество пациентов с поведенческими расстройствами в рамках условного ПРЛ, от-

стаивал точку зрения, что в основе лежат не психологические «чисто личностные», а психопатологические симптомы эмоционально-волевой патологии. Первый настаивал, что для установления диагноза достаточно набрать необходимое количество симптомов из описания в классификации (независимо от того, что никакого отношения такие термины как нестабильность образа «Я», избегание угрозы быть покинутым, неуместный гнев, хроническая опустошенность к психопатологии не имеет) и определенное количество баллов по многочисленным психометрическим опросникам. Оппонент предлагал выделить основные, дополнительные, факкультативные симптомы, которые позволили бы отнести большую часть пациентов с ПРЛ к тем или иным психическим заболеваниям, а не к поведенческим расстройствам. Утверждение Перехова о том, что существует явная методологическая ошибка в классификации МКБ с указаниями на «ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА», а должно быть «Психические и поведенческие расстройства вследствие психических заболеваний» было поддержано большим количеством слушателей (кстати, в DSM-5 этой нелепости нет, там все обозначено только как «Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders»). Обсуждалась проблема и критериев психопатий по Ганнушкину-Кербикову. Ю. Ю. Осадшим было высказано предположение, что личностные расстройства могут спонтанно возникать и также спонтанно проходить, а высочайшая коморбидность ПРЛ (свыше 85 %) — это всего лишь предрасполагающий фактор. Что сблизило докладчиков — это тот факт, что психофармакологическая и психотерапевтическая помощь будут примерно одинаковы, даже при разной трактовке сути этой патологии, но что полностью разделило — это отношение к причинности и прогнозу.

«Спор» в четвертой паре вели представители одной Ростовской школы психиатрии — В. А. Солдаткин и В. В. Мрыхин. Обсуждался вопрос нозологической самостоятельности депрессии и тревоги. В. А. Солдаткин отстаивал точку зрения, что это этиологически и патогенетически разные заболевания, В. В. Мрыхин приводил данные об общности этой патологии.

Последняя дискуссионная пара предложила обсудить наркологическую тематику. Гости из Уфы и Санкт-Петербурга (оба рабо-

тают вместе в двух городах) А. Р. Асадулин и Э. А. Ахметова предложили темы, фактически взаимодополняемые, но все же частично противоположные: «В борьбе с крейвингом могут помочь современные антипсихотики третьего поколения» и «FDA не зря ест свой хлеб: есть молекулы, доказавшие свою эффективность, а остальное от лукавого».

Вторая сессия была представлена монодокладами, но каждое сообщение вызывало споры и вопросы слушателей. А. Н. Бархатова (Москва, НЦПЗ РАН) в своем докладе «Резистентные депрессии: кто виноват и что делать?» сделала основной упор на современную клиническую диагностику самого распространенного душевного заболевания и его доказательную терапию, при этом, не отступая от клинико-динамических принципов «Московской» школы Снежневского — Тиганова — Смулевича. В. А. Солдаткин посвятил свое второе выступление теме биполярной депрессии и спорам в отношении ее лечения определенными классами препаратов.

Доклад Т. С. Бойко (Ростов-на-Дону) был посвящен актуальным проблемам деменции с попыткой анализа разрабатываемых новых методах лечения.

Конференцию заключал традиционный феноменологически-клинический и психопатолого-динамический доклад А. И. Ковалева по теме «ОКР — нозология или синдром?».

Конференция показала сохраняющийся интерес врачей к этиологии, патогенезу, клинике, прогнозу самых распространенных психических расстройств; безусловно, много говорилось и о лечении, особенно фармакотерапии, но последнее не было самоцелью, как это зачастую происходит, когда фармацевтические компании буквально начинают диктовать содержание научных докладов.

Замечательно, что горячие научные споры велись в дружеской и корректной форме, а дискуссии по интересным вопросам продолжались даже во время вечерней прогулки по Дону на комфортабельном теплоходе, причем не узкой группой докладчиков, а вместе с врачами региона, что позволило еще более упрочить товарищеские и профессиональные отношения.

А. Я. Перехов, В. В. Мрыхин

Кончина Александра I

Виктор Тополянский

В самом начале осени 1825 года российский император Александр I вместе с женой покинул столицу, направляясь, как полагали осведомленные лица, на черноморское побережье Крыма. Придворные лекари подозревали, что его супруге угрожает чахотка, и посоветовали ей скоротать предстоящую зиму не в сыром и холодном Петербурге, а где-нибудь в благодатной южной стороне. Что подразумевали они под чахоткой не ясно, ибо такая хвороба, как туберкулез легких, во врачебной номенклатуре еще не присутствовала, а микобактерию туберкулеза Роберт Кох выделил только в 1882 году.

Непредвиденный вояж державной четы вызывал определенное недоумение в придворных кругах. Дело в том, что будущего российского императора Александра I женили в 16 лет на баденской принцессе Луизе Марии Августе, получившей в России имя Елизаветы Алексеевны. Династический брак оказался бездетным, что юную пару ничуть не волновало. Почти 8 лет провели они в мире и согласии, пока в ночь с 11 на 12 марта 1801 года, когда убили Павла I, не вспыхнул семейный разлад.

Нельзя исключить, что она не простила супругу малодушия, проявленного (да еще публично) в те роковые часы; ведь она была в том возрасте, когда молодая женщина ожидает от своего избранника безупречного поведения даже в самых критических ситуациях. Но в ту беспокойную ночь с 11 на 12 марта великий князь Александр был в таком смятении, что графу П. А. Палену (петербургскому генерал-губернатору и вместе с тем организатору заговора против императора Павла I) пришлось чуть ли не приказать ему: *«Будет ребячиться! Идите царствовать, покажитесь гвардии»*.

Может быть, он не сумел забыть ее присутствие в комнате, когда она попала в разряд очевидцев его душевной несостоятельности и видела его опухшее от слез лицо, хотя наследник заранее дал согласие заговорщикам на свержение его отца Павла I. Так или иначе, но после той мартовской ночи они разошлись, но не разве-

лись и впоследствии при дворе знали о многолетней любовнице императора Марии Антоновне Нарышкиной, а кое-кого удивляло, мягко говоря, некорректное обращение монарха с женой.

Автократических путешественников сопровождал лейб-хирург и директор Медицинского департамента Военного министерства Яков Васильевич (Джеймс) Виллие. Уроженец Шотландии, он окончил Эдинбургский университет и с той поры 25 лет состоял на службе в Российской империи, пользуясь безграничным доверием императора. На сколько-нибудь значимые расстояния Александр I без него не удалялся. В 1814 году, готовясь к проведению Венского конгресса, российский монарх (в качестве общепризнанного лидера антинаполеоновской коалиции) посетил Лондон, где его принимали с величайшим уважением и где будущий король Георг IV, а в то время, принц-регент презентовал любимцу Александра I сперва достоинства кавалера, а вслед за тем титул баронета Великобритании.

Не доехав до намеченной как будто цели довольно утомительного для нездоровой женщины многодневного странствия, император прочно застрял в Таганроге. С 13 сентября 1825 года он управлял государством посредством дюжих правительственных курьеров. Фельдъегерская связь работала четко и бесперебойно. Депеши из Таганрога в Петербург и обратно в Таганрог нарочные доставляли обычно за девять суток, загоняя парой лошадей до смерти.

Самочувствие его спутницы императора не тревожило. Все-таки он был достойным последователем воспитавшей его бабки Екатерины II. Не напрасно старалась она привить смышленному многие навыки и особенности поведения, приобретенные ею самой за 34 года царствования. Не могла она только внушить ему представление о личной ответственности каждого человека и, тем более, государя за любое его деяние. Такая абстракция была ей самой не понятна и не доступна.

Исполнять обязанности генерального педагога будущего российского властелина и его младшего брата Константина императрица Екатерина II поручила Фредерику Сезару де Лагарпу – безусловному, хотя и достаточно осмотрительному поклоннику идей французских просветителей. В результате, как заметил В. О. Ключевский, великий князь Александр *«был воспитан хлопотливо, но не хорошо, и не хорошо именно потому, что слишком хлопотливо»*.

Между тем император все еще обретался в Таганроге, и никто не мог постичь, чем привлекал его небольшой захолустный город на краю необозримой державы. Дни протекали за днями, а *«властитель слабый и лукавый, плешивый щеголь, враг труда, нечаянно пригретый славой»*, как аттестовал его А. С. Пушкин, томился на берегу Азовского моря, не решаясь ни двинуться в Крым, ни вернуться в столицу. Когда же на сорок пятые сутки своего бездарного по сути пребывания в Таганроге монарх занемог, современники догадались, что дальнейшее турне откладывалось надолго или, скорее всего, навсегда, а высказанное беспокойство о состоянии здоровья его августейшей супруге представляло собой всего лишь удобную ширму для неприметного исчезновения государя из Петербурга.

Свой потаенный смысл имела, однако, и продолжительная задержка императора в унылом Таганроге. Он давно уже получил достаточно подробную информацию о тлевшем в гвардейских полках офицерском заговоре. Теперь же монарх выжидал, когда, наконец, созревшая крамола претворится в конкретные антиправительственные действия. *«Свободолюбивый абсолютист и благожелательный неврастеник»*, по выражению историка В. О. Ключевского, он ощущал себя непосредственным участником давнего заговора, погубившего его отца Павла I, и не желал предпринимать сколько-нибудь жесткие репрессивные меры по отношению к участникам нового комплота, названным вскоре декабристами. *«Не мне их судить»*, — обмолвился император однажды. Но попадаться в руки мятежников он вовсе не собирался и оттого изнывал в портовом городе Таганроге, надеясь при необходимости уйти морем хоть в Турцию.

Вот тут в его душевную сумятицу вмешалось то, чего не смог бы предугадать даже самый проникательный наблюдатель. Когда неустойчивая осенняя погода распространилась на азовское побережье, 27 октября император, по словам окружающих, *«сильно простудился»*. Такой недуг означал возникновение у него каш-

ля и, по-видимому, других симптомов острого респираторного заболевания. Если бы Александр I находился в состоянии душевного равновесия, то через одну-две недели он бы, наверное, выздоровел или хотя бы значительно поправился, но в той ситуации его болезнь развивалась по худшему сценарию.

Спустя 12 дней от начала так называемой простуды, 8 ноября лейб-хирург Виллие констатировал у своего обожаемого монарха стабильную лихорадку, что указывало, в сущности, на перерастание изначально вирусной инфекции в острое бактериальное воспаление легких. До открытия А. Флемингом пенициллина оставалось еще более ста лет и шаблонные жаропонижающие средства растительного происхождения уже не могли предотвратить надвигавшейся беды. К тому же у императора возникла *«гнилостная отрыжка»*, что свидетельствовало либо о разрушении зуба (или зубов), либо о формировании острого легочного абсцесса.

Еще пять суток промучился Александр I в своих покоях, а 13 ноября при попытке встать с кровати потерял сознание. Все последующие дни после кратковременного обморока у него сохранялись заторможенность и сонливость, так что можно было предполагать развитие вторичного гнойного менингита на фоне острой бактериальной пневмонии. Протащились еще пять тягостных дней, и на рассвете 19 ноября у больного началась постоянная икота, что можно было рассматривать как результат вовлечения в патологический процесс диафрагмальной плевры (скорее всего справа).

Утром того же 19 ноября в 10 часов 43 минуты император умер *«от горячки с воспалением мозга»*. В переводе на современный язык, можно полагать, что его смерть наступила вследствие бактериальной пневмонии, осложненной диафрагмальным плевритом и вторичным гнойным менингитом. Сообщения о кончине государя достигло Петербурга 27 ноября 1825 года, и А. С. Пушкин тут же написал эпитафию: *«Всю жизнь свою провёл в дороге, простыл и умер в Таганроге»*.

Много лет спустя, используя обильные народные придания, Лев Толстой задумал написать поучительную историю о тайном бегстве императора Александра I в Сибирь и длительном его проживании в келье близ Томска под видом старца Федора Кузьмича. Впервые опубликованная без цензурных сокращений в 1918 году, незавершенная повесть Толстого о необыкновенном старце неоднократно печаталась потом в собраниях его сочинений.

Открытое письмо коллегам от товарища по несчастью

Дорогие коллеги,

В 2020 году меня удалили из института психиатрии МЗ РФ. Было это неприятным событием, но без обиды — после трех надуманных аргументов был четвертый, уже по существу — «ну, и, наконец, ваш возраст». А возраст, и правда, был не маленький — 86 лет, 11 месяцев и 22 дня. Удивляюсь, как допустили такое безобразие и дали дослужиться до глубокой старости. Удалили, хотя с понижением, но с переводом в институт наркологии, где меня тепло приняли и создали замечательные условия для работы. Уйти помогла атмосфера в институте психиатрии, которая окончательно сложилась в последние два-три года моего там пребывания — отсутствие интереса к науке и перемещение внимания на вторичные для НИИ нужды, такие как покрашена ли дверь в аптеке и плотно ли закрывается форточка на четвертом этаже. Заниматься этим конечно нужно, но совсем на другом уровне, без обсуждения таких проблем на полуторачасовых пятиминутках по понедельникам с двумя десятками докторов наук, они же заведующие отделами. Было много другой рутинизации, все более беспроblemными становились Проблемные советы. Скука и серость нарастали, а потому уход, поверьте, коллеги, стал подарком — сам бы не решился.

Со времени моего ухода из института психиатрии все чаще доходят до меня жалобы сотрудников. Жалуются на все нарастающую тяжесть работы в институте. Ее апофеозом стал густой мат как повседневная нормативная лексика главного врача. Как говорится, туши свет! — и уже нет смысла пересказывать другие удручающие детали жизни института. Жалобщиков надо бы утешить, да нечем. Разве что рассказать, что в московском институте психиатрии бывали времена потяжелее. Правда, и тогда начальство обходилось без мата, были другие способы привести сотрудников в чувство.

Одно такое время случилось до моего прихода в институт, когда в 1949 г. комиссия под руководством А. В. Снежневского¹ разгонила «безродных космополитов». Напряжение сохранялось до «дела врачей», ареста М. Я. Серейского² и его освобождения в апреле 1953 г.

При мне черный период начался в 1969 г., когда руководить институтом пришёл А. А. Портнов³. Не мне судить, был ли Анатолий Александрович толковым психиатром, не знаю, был ли он хорошим наркологом, а вот книжки его, по сути руководства по алкоголизму, выходившие в 1960 – 1970-х годах (часть в соавторстве с И. Н. Пятницкой⁴), были очень кстати. Тогда в стране стремительно нарастала послевоенная алкоголизация населения, а вместе с этим вставала с колен российская наркология, и книги А. А. Портнова помогли ей в этом подъеме. Однако, коллеги, давайте учиться отделять котлеты от мух — толковые и своевременные книги не помешали А. А. Портнову создать в институте невыносимую ситуацию. Тогда для института наступила черная пора с фаворитизмом и антисемитизмом, с интригами и наушничеством, с индивидуальными и коллективными жалобами в МЗ РСФСР.

Знаю, коллеги, как трудно, не раздваиваясь, совместить в восприятии две ипостаси одного человека, если он толковый профессионал и негодный человек. Но без этого трудно понять ситуацию, сложившуюся в институте. Это важно еще и потому, что умение отделять котлеты от мух нам пригодится и для других персонажей этого письма.

Главная беда А. А. Портнова — административная лень, работа директора его тяготила, она отрывала его от размышлений и разговоров на психиатрические и околопсихиатрические темы. И это четыре раза было для меня тяжким бременем. Да-да, именно для меня, именно четыре раза и тяж-

ким бременем! Чтобы доказать мою вменяемость, сделаем шаг в сторону.

Когда не по своей воле институт покидал его директор Д. Д. Федотов⁵, было много желающих занять его место. Среди них был Г. Я. Авруцкий⁶. Помимо желания стать директором у Григория Яковлевича был еще один, но более узкий интерес — если не стать директором, то не пустить А. А. Портнова в директора, поскольку тот, как считал Г. Я., был яростным антисемитом. Г. Я. развил бурную деятельность, но А. А. оказался сильнее, у него было больше заслуг перед Родиной, а поэтому именно он стал директором. А. А. Портнов, конечно, знал об антипортновской деятельности Г. Я. Авруцкого, тогда уже руководителя отдела психофармакологии, а посему психофармакология стала «трупом, который не стоит гальванизировать». Чувствуете, коллеги, мощь стилистики нового директора! Анатолий Александрович был вербально одарён, говорил спокойно, при этом ярко и образно, в лекциях — с обилием ссылок на корифеев далекого прошлого, как мне помнится, в основном немецких. Однако его одарённость была журналистского свойства, когда легко, а иногда и безответственно обращаются с научными источниками и фактами. Или с целыми направлениями, как это случилось поначалу с психофармакологией. И кислород для отдела Г. Я. Авруцкого был перекрыт. Но не был бы Григорий Яковлевич Авруцким, если бы через год-другой не стал другом Анатолия Александровича. А это позволяло ему в любое время и без очереди заходить в кабинет директора, как и другим членам команды Портнова. Одна беда — директор мог на час зарядить лекцию-фантазию на психиатрическую или другую тему. А деловому человеку Авруцкому это было не нужно. Г. Я. стал брать меня с собой как пристяжного, чтобы самому уйти, как только он решит с директором свои проблемы, а меня оставить слушателем. Уходя, Г. Я. всегда обещал через минуту вернуться, получал на это разрешение, но, странное дело, не возвращался. Еще одно странное дело — Анатолий Александрович не замечал потерю одного из двух слушателей. А я не мог уйти — не того полета птица, всего-то к.м.н. и с.н.с. А визави директор института, профессор, д.м.н., автор серьезных книг — ходит по кабинету

и говорит, говорит. Вот уж наслушался! Но когда через полчаса я все-таки выходил из кабинета, встречал ненавидящие взгляды ожидающих приема.

Понятное дело, директор выкладывался на персональной для меня лекции, а после моего ухода принимал посетителей уже без охоты. Если шире, директор неохотно работал директором. Зато охотно перепоручал свою работу начальнику отдела кадров Дубинину⁷, руководителю кремлевским отделением в институте и недавнему патологоанатому В. А. Торбе⁸ и трем женщинам, которые менялись ролями партийного секретаря и профорга. Запомним их славные имена: Аделина Брониславовна Савицкая, Надежда Федоровна Дементьева и Лидия Нефедовна Поперечная. Добавим, все три — кандидаты наук. К этой элите института, но в ранге гранд-дамы, примыкала О. П. Вертоградова⁹, тогда уже доктор наук. Этот секстет руководил институтом, но делал это не лучшим образом, дергал людей, перемещал с места на место и, совсем плохо, старался недоплатить. А еще хуже — сотрудники перестали быть людьми, стали винтиками.

Вот так и руководили, но при этом не забывали про себя. То были времена тотального дефицита, однако Партия и Правительство подкидывали народу кое-какие дефицитные товары в капельном количестве и на основе распределения — по несколько штук на учреждение. Партия и Правительство полагали, что сегодня дефицит достанется одним рядовым работникам, а завтра другим, и будет считаться, что в это трудное для партии и народа время партия думает о народе. Так думала Партия, но в институте психиатрии МЗ РФ думали иначе: дефицит захватывала элита, и, например, три партийно-профсоюзные дамы могли одновременно появиться на работе в одинаковых мерлушковых шубах. Так распределялись ковры, подушки, посуда. Только однажды А. И. Болдырев¹⁰ ценой невероятных усилий и с помощью влиятельного родственника своего пациента сумел отнять у этих трех дам трехкомнатную квартиру, которую предполагалось путем сложных квартирных обменов поделить между собой. Все это известно со слов Александра Ивановича, который не только отнял квартиру, но широко оповещал

общественность о своей победе и о том, как героически к ней шел.

Справедливости ради надо сказать, что О. П. Вертоградова в дележе дефицита не была замечена и держала остальных участников секстета, кроме А. А. Портнова, на некоторой дистанции. У нее была другая функция. Во-первых, в отличие от Г. Я. Авруцкого, она до конца выслушивала в кабинете директора его лекции, а в отличие от меня могла вставить пару подходящих случаю и, наверное, приятных лектору слов. Во-вторых, О. П. давала советы директору, кто из научных сотрудников чего стоит. Понятное дело, в глазах О. П. мало кто чего стоил, даже более чем незаурядная А. Г. Амбрумова¹¹. Но тут коса нашла на камень, и однажды, прилюдно, на конференции в клинике им. С. С. Корсакова, во время своего выступления Айна Григорьевна вышла за пределы, как своей научной темы, так и научной этики, и довела Ольгу Петровну до слез, тоже прилюдных. А то, что думала О. П. о некоторых из нас мы знали потому, что директор проверял советы О. П. на Авруцком, обязательно со ссылкой на источник. У Анатолия Александровича был такой административный прием — поссорить сотрудников и наблюдать за развитием отношений, за что числился в народе «любителем коррид». Понятное дело, возмущенный Г. Я. Авруцкий, человек широкой натуры, не держал это в секрете.

Пожалуй, тут, коллеги, пора восстановить справедливость — у О. П. была большая заслуга перед российской психофармакологией: именно она помогла Г. Я. Авруцкому помириться с А. А. Портновым, и тем самым была устранена помеха для дальнейшего развития психофармакологии в нашей стране.

Надо быть справедливым и к А. А. Портнову — именно при нем был построен новый корпус института. И, правда, большое дело, но моя дистанция от дирекции оставалась так велика, что точная мера участия в этом А. А. Портнова мне неизвестна. Как будто хлопоты по этому поводу начинал еще Д. Д. Федотов, а проект был типовой. Знаю, какое-то участие в этом деле принимал В. А. Торба, но все-таки без директора такое строительство не могло обойтись. И вот как это стало мне известно. Когда котлован уже

был вырыт, и начиналась закладка фундамента, позвонил Г. Я. Авруцкий; «Звонил Портнов и просил спирт — надо обмыть закладку уголка». Оказалось, есть такая традиция у строителей. А я в отличие от Г. Я. и А. А. имел прямой доступ к медицинскому спирту. И вот, пряча под халатом полулитровую бутылку со спиртом, я иду к котловану и вижу: у котлована, где будет уголок здания, левый по фасаду, стоят два профессора, один директор института, другой — руководитель большого отдела. Оба делают вид, что меня не видят, как и бутылку, которую я передаю прорабу, а тот стоит в котловане в рост и бутылку эту принимает. Вот такие были порядки в стране, строящей коммунизм. Будете проходить мимо «моего» уголка, самый близкий при подходе к зданию, погладите, коллеги, его за меня. Однако отступление про уголок все-таки больше про время, чем о А. А. Портнове.

А больше о А. А. Портнове вот что. Я уже писал, коллеги, что директор вяло занимался административной работой. Но однажды он занялся этим очень энергично на базе еврейской темы.

Тут надо оговориться — такая тема была и у Партии. Еще Д. Д. Федотов под этим предлогом не принял ко мне в аспирантуру Льва Кучера. Но это было на фоне того, что Г. Я. существенно перебрал допустимую норму при организации нового отдела. Попутно хочу защитить всех начальников в СССР. При советской власти усидеть в кресле, а кто ж не хотел усидеть в кресле, мог только тот начальник, который обладал аппаратными свойствами, это первое, но, главное, следовал линии Партии. Однако следовать можно было по-разному. Вроде бы так же как Д. Д. Федотов, поступил А. А. Портнов, отказав Владимиру Леви, который шел сотрудником в отдел суицидологии, неперегруженный национальными кадрами. Все было решено, и с отделом кадров, и с директором. Но, когда в сопровождении А. Г. Амбрумовой, Владимир Леви пришел на прием к Анатолию Портнову, директор передумал и отказал под предлогом того, что Владимир Леви пришел на прием к директору института в ботинках на босу ногу. Понятно, что не босоноготь Леви тут сработала, но каков поворот вечной темы!

Когда новое здание было построено, в него заселили существенно реорганизованный отдел наркологии, которым временно, в статусе и.о. руководил А. Г. Гофман¹². Чтобы не пустить заведовать этим отделом доктора мед. наук А. Г. Гофмана, А. А. Портнов заставил подать на конкурс молодого человека, к.м.н. О. Н. Кузнецова¹³, имевшего только небольшой практический опыт работы в практической наркологии. Олег Кузнецов был сдержанный человек, но все-таки дал понять, как трудно ему далось согласие участвовать в конкурсе. Но случилось неожиданное — ученый совет тайным голосованием отдал большинство А. Г. Гофману. А. А. Портнов был возмущен, счетная комиссия нашла способ, как признать выборы недействительными. Потребовались новые. Тут хорошо поработала О. П. Вертоградова, персонально обходила членов ученого совета, объясняя, почему руководителем отдела наркологии должен быть к.м.н. О. Н. Кузнецов, а не д.м.н. А. Г. Гофман. Над этим работал и сам А. А., тоже персонально, но уже в своем кабинете. Для членов совета доводы этих двух заслуженных людей показались убедительными, они признали первое голосование недействительным, назначили новое и на этот раз решили, что руководить отделом наркологии должен все-таки к.м.н. Олег Кузнецов.

Казалось бы, добился своего, можно успокоиться. Однако трудный для коллектива эпизод сопротивления директорской воле стал началом антисемитской кампании в институте. Кампания проводилась под флагом того, что в институте действует подпольный еврейский ученый совет. Поговаривали, что автором этой оригинальной идеи была И. Н. Пятницкая. Руководителем подпольного совета директор «назначил» В. В. Бориневича¹⁴. Это был яркий, способный человек, но главное — имел в Одессе многоквартирный дом, который сдавал поквартирно в наем. Этот дом достался ему по наследству от деда, крупного российского экономиста, которого, на беду Бориневича-внука, цитировал В. И. Ленин. И не просто цитировал, Владимир Ильич дал записку, защитившую этот дом от экспроприации. И эта записка хранилась в институте В. И. Ленина как сви-

детельство заботы вождя революции о российской науке. Во времена Бориневича-внука дом был старым, и городские власти отказывались взять его на баланс города. Может быть, побаивались, как бы чего не вышло — все-таки, Ленин, и записка его в институте Ленина, а советская власть еще крепка. Так В. В. Бориневич вынужден был оставаться домовладельцем и чинить в своем одесском доме краны и прочие инструменты жизнедеятельности квартирантов.

Ну, погоди, домовладелец — и вот в Одессу отправляется следственная комиссия в составе Дубинина² и В. А. Торбы, чтобы собрать материал, порочащий домовладельца Бориневича. Нужный материал был собран — домовладелец квартплату брал регулярно, а краны, проживая в Москве, чинил с задержкой. Этого казалось достаточно, чтобы начать атаку на Бориневича, а главное, на его подпольный ученый совет. Но Валентин Боиневич не дремал: то ли записка Ленина помогла, то ли добрые люди, но в «Известиях» появилась статья о том, как в институте психиатрии преследуют Бориневича. Из статьи мы узнали, что Бориневич был не только внуком известного российского экономиста, которого цитировал В. И. Ленин, но еще и подпольщиком во время Отечественной Войны. Известия писали, что В. В. Бориневич был оставлен в Одессе для подпольной работы и успешно руководил группой подпольщиков вплоть до освобождения Одессы в 1944 г., а после служил в армии до победного конца. После такого поворота атака сорвалась, Дубинин² с В. А. Торбой получили по выговору и требование вернуть из личного бюджета командировочные деньги. Вернули.

Но к этому времени в МЗ РФ накопилось большое количество жалоб от сотрудников института, почти исключительно низшего звена, иногда коллективные, на безобразия в кадровой политике, которые творил секстет вместе с А. А. Портновым. Именно к этому времени количество жалоб превысило допустимый предел, а тут еще «дело Бориневича». И А. А. Портнова в 1980 г. отправили на преподавательскую деятельность во вновь созданную специально для него кафедру психиатрии, странное дело, при Сто-

матологическом институте, для повышения квалификации психиатров. На кафедре, как положено, был доцент, пяток ассистентов и даже лаборант. Как видим, заслуги Анатолия Александровича перед советской властью не были забыты. Об этих, доинститутских заслугах А. А. поговорим, коллеги, в другой раз. А теперь финал.

Из моего текста может показаться, будто А. А. Портнов творил неприятности только сотрудникам-евреям, но это не так — доставалось и русским. Например, Н. Ф. Шахматову¹⁵, да так досталось, что он решил уйти из института вместе со своим отделом, вел переговоры с сотрудниками на эту тему. Но не потребовалось, ушел А. А. Портнов. На его место пришел В. В. Ковалев¹⁶, и это сопровождалось всеобщим, не только евреев, вдохом облегчения.

Надо отдать должное В. В. Ковалеву, он спокойно, быстро и бесконфликтно распустил Авгиевы конюшни. Более всех в этой истории пострадал О. Н. Кузнецов. Как это иногда бывает с добрыми и мягкими людьми, он спился, думаю, глубоко переживая свою несостоятельность в руководстве большим научным подразделением. Спиваться он начал еще во время руководства отделом наркологии, и заведующему отделением Валентину Бегунову стоило больших трудов разгонять больных-алкоголиков из коридора отдела наркологии, по которому должен был пройти после работы сильно пахнущий водкой руководитель отдела наркологии Олег Кузнецов. Да не один, а с товарищем по пьянке Хижняковым, тоже не простым, а главным врачом института. И это не все спившиеся кадры Анатолия Александровича, были еще рангом ниже. С приходом нового директора, и Кузнецов, и Хижняков, и те пьяницы, что рангом ниже, были вынуждены уйти из института. После этого Олег недолго работал в наркологическом диспансере и рано умер. То же случилось с В. А. Торбой — кремлевское отделение в институте было ликвидировано, он ушел из института, куда, не знаю, но года через два-три стало известно, что и он умер, как-то нехорошо умер, предварительно став тяжелым алкоголиком. Тогда-то выяснилось, что попить он начал еще в статусе руководителя

Кремлевского отдела и в этом самом отделе. Как получилось, что в эпоху А. А. Портнова в институте психиатрии было так много зависимых людей? Да не традиционных на эту роль водопроводчиков, а людей с высшим медицинским образованием? Такие сотрудники бывали в институте и раньше, а куда девать медицинский спирт? Но при Анатолии Александровиче их набралось рекордно много. Почему? Да все потому же — институт был без хозяина, а коллективное руководство мало интересовалось делами института.

Ушел из института и затерялся Дубинин⁷, докторскую диссертацию А. Б. Савицкой провалили в ВАК'е, еще при А. А. Портнове. При В. В. Ковалеве она несколько лет работала врачом поликлинического отделения. Та же участь постигла диссертацию Н. Ф. Дементьевой, но перейдя в ЦИЭТИН, Надежда Федоровна завершала карьеру Заслуженным деятелем науки РФ, доктором медицинских наук и профессором (последние доступные публикации относятся к середине 1990-х). Дальнейшая судьба Л. Ф. Поперечной мне неизвестна.

Самая мрачная эпоха на моей памяти закончилась. И тут самое время вспомнить, что и в это мрачное время были профессора, которые сумели остаться в стороне, не участвовать в портновский камарилье и заниматься своим делом. Это уже упомянутые Н. Ф. Шахматов и А. А. Болдырев, были и другие руководители, сумевшие остаться в стороне.

Так что держитесь, коллеги, бывали времена и похуже нынешних. У того времени было много ярких символов, один из них — коридор второго этажа: к концу правления А. А. Портнова он был не просто пуст, а пустынен, и редко кто пробегал, не задерживаясь — сотрудники боялись появляться там без большой нужды. Так что, коллеги, будьте бдительны и следите за наполняемостью коридора второго этажа — как опустеет, надо бежать. А пока можно работать, несмотря на матерщину главного врача, — как-никак на Руси живем. И не жаловаться.

Александр Немцов
06.06.2024

От редактора. Нетрудно предвидеть, как поешатся иные коллеги от обнажения неблагоприятной изнанки административной номенклатуры и назовут это неэтичными «дрязгами». Но мера разоблачений, буквально снятие покровов, даже не крутая лестница вниз, а глубокие уступы, преодолимые сполна только художественной литературой. Действительность во многих слоях и ракурсах намного жестче. Описанное здесь только верхушка айсберга. Автор письма знает намного больше. Поскольку он попросил меня воздержаться от комментариев, я ограничусь только несколькими дополнениями.

10 лет работы в те же годы в том же Институте и даже в роли его летописца к 50-летию, позволяют мне, прочтя этот текст, увидеть не только глубину собственной наивности, но и восполнить картину драматизмом положения выдающихся ученых, с которыми мне посчастливилось тогда неформально близко общаться.

Именно в отделе Леона Лазаревича Рохлина работали парторг Института Савицкая и Дементьева, и он помогал им в их докторских диссертациях*, Блюма Вульфова Зейгарник — в кандидатской диссертации Поперечной (яркий типаж солдафонского политрука), а Владимиру Павловичу Эфроимсону приходилось, по его собственным словам, диктовать ключевые разделы диссертации сыну Портнова. С Бориневичем мы работали в соседних кабинетах, и он и его талантливые сотрудники заходили ко мне протестироваться в силу собственной любознательности. Только годы спустя я узнал, что ходатайства Института о выделении для

сотрудников квартиры в Москве, козырявшие моим десятилетним мыканием по съемным квартирам, сработало, но квартиры досталось парторгу Савицкой, а я-то обольщал себя надеждой, что мои тогдашние профессиональные усилия и успехи как-то скажутся. Но это было уже при Портнове. Он начал директорство с оптимизации «чрезмерно распухшего института» — ликвидации нескольких отделов, но наиболее впечатлившим всех была смерть Дмитрия Евгеньевича Мелехова** в 1979 г. непосредственно после грубого разговора с ним Портнова, ведшего после этого его панихиду.

ПРИМЕЧАНИЯ А. НЕМЦОВА

¹ А. В. Снежневский выдающийся психиатр, вероятно центральная фигура российской психиатрии второй половины XX века, создавший большую и разветвленную школу учеников и последователей. О нем часто пишут, как о противоречивом человеке, а мне он представляется очень цельным. Он не кривил душой, когда, создавая свою грандиозную схему шизофрении, присовокупил к ней вялотекущий вариант***, и тогда, когда в 1951 г. на Павловской сессии громил видных советских психиатров, и тогда, когда он был успешным, обласканным властью, царедворцем — воспитанный советской властью А. В. был уверен, так надо. Уверенность в своей правоте не снимает ответственности за свои действия.

Подробности действий комиссии под председательством А. В. Снежневского мне известны со слов Л. И. Лондо, которую, кста-

* Мне памятли эти усилия Леона Лазаревича, так как я часто бывал в его отделе, сотрудничая с его докторантом Маргаритой Подобед, применяя тест Роршаха у больных шизофренией с фантастическим парафренным синдромом, что позволило показать отсутствие способности к воображению и фантазированию.

** Д. Е. Мелехов (1899 – 1979) — выдающийся психиатр школы П. Б. Ганнушкина, один из основоположников с Т. И. Гейером отечественной школы врачебно-трудовой экспертизы и реабилитации психически больных, директор Института в 1952 – 1955 гг., единственный открыто занимавшийся религиозной психиатрией, как глубоко верующий человек.

*** А. В. Снежневский действительно цельная натура: его диктаторский стиль расчистил поле для собственно вознесения. Он недостойно громил или замалчивал выдающиеся вклады Розенштейна, Бруханского, Кронфельда, Серейского, В. Морозова, Гуревича, Гиляровского, Эпштейна, которых хорошо знал, нелепо и грубо поносил Ясперса, упрощенно понял Клауса Конрада и даже вместо понятия «гештальт» использовал односторонний термин «форма». Он, конечно, крупный неординарный психиатр, но соответствует Карлу Шнайдеру, Евгению Кану, Эрнсту Рюдину, положительный вклад которых в Германии никто не перечеркивает за их недостойные позиции и поступки. Культ Снежневского несостоятелен: те, кого он громил, затмевали его в научном и нравственном отношении.

ти, тогда в 1949 г. оставили в институте. Она стала доктором наук, профессором и долго заведовала отделом биохимии. Лия Исаковна смогла вспомнить семерых уволенных, однако несколько человек уволились по собственному желанию, не дожидаясь решения комиссии А. В. Сежневского.

² М. Я. Серейский советский психиатр, ученик П. Б. Ганнушкина, успешно разрабатывал методы терапии психических заболеваний, в том числе широко известную «смесь Серейского». С 1935 г. заведовал кафедрой психиатрии ЦИУВ, где его в 1951 г. сменил А. В. Снежневский.

³ А. А. Портнов один из основателей советской наркологии, успешно разрабатывал классификацию алкоголизма, автор ряда руководств, его книги цитируются до сих пор. Во время Отечественной войны активно развивал психиатрическую службу в армии. С 1950 г. Главный психиатр МЗ СССР. В том же году А. А. Портнов включился в борьбу против видных психиатров, приверженцев доктрины «мозговой патологии», все тех же «безродных космополитов».

⁴ И. Н. Пятницкая супруга А. А. Портонова вторым браком, автор широко известных руководств по наркологии (часть в соавторстве с А. А. Портновым или Н. Г. Найденовой), умная, красивая женщина, знаковая фигура в наркологии. Однако про мух и котлеты не забываем.

⁵ Д. Д. Федотов с 1952 г. руководил институтом психиатрии МЗ СССР, который в 1960 г. перешел в состав АМН СССР. Это заставило Д. Д. перейти в институт психиатрии МЗ РСФСР и стать его директором. Д. Д. Федотова не назовешь человеком науки, но за науку в институте и сотрудников он болел. Он активно поддерживал организацию новых отделов, в том числе отдела психофармакологии, который стал ядром развития науки в институте, оказавшим влияние на работу других отделов. При Д. Д. был энтузиазм сотрудников, и было много поводов надеяться, что лет через пять-шесть, может быть десять, пойдет добротный научный продукт.

⁶ Г. Я. Авруцкий создатель первой в стране клиники психофармакологии (1962 г.), автор большого числа статей и руководств по психофармакологии. Он активно пропагандировал новое направление в психиат-

рии, как научное, так и прикладное клиническое. Психофармакология начала бы развиваться в СССР и без Г. Я., но благодаря ему — по меньшей мере, на десять лет раньше. Среди сотрудников института послевоенной поры Г. Я. Авруцкому, по-моему, принадлежит первое место по вкладу в советскую и российскую психиатрию.

⁷ Дубинин. Да простит меня этот великий человек, забыл его имя-отчество, да и знал ли когда?

⁸ Непостижимы пути людские. Незадолго до своего ухода Д. Д. Федотов «привез» из Одессы В. А. Торбу и сделал его зав. орготделом. Как за два-три года патологоанатом Торба сделал такую головокружительную карьеру в институте психиатрии, уже при директоре А. А. Портнове, я не знаю. Но когда не по своей воле я нарушил правила приема иностранцев, я позвонил, уже вечером, Г. Я. Авруцкому, Г. Я. велел позвонить А. А. Портнову, а тот в свою очередь переправил меня к В. А. Торбе. Василий Алексеевич по-отечески успокоил меня (пусть земля ему будет пухом), сказал «хорошо, что вы мне позвонили», и я легко отделался — получил выговор за нарушение тех самых правил. Выговор сняли через год, с чем меня искренне и горячо поздравил, пожимая руку, случайно встреченный мною Дубинин⁷.

⁹ О. П. Вертоградова является знаковой фигурой в психиатрическом сообществе благодаря разработанной ею типологии депрессивных расстройств. Эту работу она проводила сначала в организованном А. А. Портновым отделе общей психопатологии, исследования которого постепенно сузились и переключились на аффективную патологию. В связи с этим позже, уже при новом директоре отдел был переименован в отделение аффективных расстройств. Большое место в деятельности О. П. Вертоградовой занимала педагогическая работа, и за долгую жизнь в институте она подготовила большое число квалифицированных научных кадров в психиатрии. Я знаю, на ее разборы больных стремились попасть сотрудники других отделов. Не помню, чтобы были обратные потоки.

¹⁰ А. И. Болдырев, ведущий специалист в области изучения и лечения эпилепсии, автор ряда фундаментальных трудов в этой области, многолетний руководитель большой

клиники эпилепсии, подготовивший большое число специалистов в этой области.

¹¹ А. Г. Амбрумова была яркой, незаурядно красивой женщиной, что не мешало ей быть таким же красивым, энергичным и ярким человеком. Она много сделала для суицидологии и службы кризисной поддержки в нашей стране. Можно сказать: А. Г. стала поворотным пунктом в развитии российской суицидологии.

¹² А. Г. Гофман ведущий специалист в области алкогольной зависимости, руководитель клиники наркологии института психиатрии МЗ РФ, автор большого числа публикаций. Главное направление его исследований проблема психических расстройств, осложненных патологическими формами зависимости.

¹³ Олега Кузнецова я знал еще до его появления в институте — мы оба играли в баскетбол, но я недолго — меня переманил конный спорт, а он играл долго и всерьез, а, главное, очень красиво, и я ходил на некоторые его матчи. Наше общение закончилось, когда Олег начал пить — даже не помню, чтобы мы случайно пересекались в это время. Думаю, разводил нас разный график работы — Олег уходил с работы рано. Глубокое сочувствие вызывает судьба этого доброго русского человека, против своей воли попавшего в начальники.

¹⁴ В. В. Бориневич руководитель оргметодотдела в Институте психиатрии МЗ РСФСР, в послевоенной России ведущий специалист по эпидемиологии психических и наркологических заболеваний, издатель первых статистических сборников по этой проблеме. История одесского подполья в «Известиях» искажена. В. В. Бориневич остался в Одессе, поскольку не успел выехать из осажденного города. Он действительно организовал молодежную подпольную группу, был схвачен Сигуранцей (тайная поли-

ция в Румынии, войска которой преобладали в Одессе) и подвергнут жесточайшим пыткам. Освобожденный Красной армией, тут же был посажен в советский лагерь, где отсидел около двух лет за то, что остался на оккупированной территории. Клеймо этого заключения мешало В. Бориневичу задержаться в Москве после окончания мединститута, и он уехал в Читу, где стал организатором и первым главным врачом областного психоневрологического диспансера, а позже — главным врачом Республиканской психиатрической больницы в Ашхабаде. Детали биографии В. Бориневича известны со слов его дочери Ирины Роскиной.

¹⁵ Н. Ф. Шахматов возглавлял Отдел психозов позднего возраста в институте психиатрии МЗ РСФСР. В связи со старостью и старением его интересовал широкий круг вопросов, не только медицинских, а больше проблема психического здоровья стариков и то позитивное, что привносит старение. Н. Ф. Шахматов с сотрудниками участвовал в экспедициях в Костромскую область и в Абхазию для исследования старости. В один из походов с Н. Ф. от метро до работы он подарил мне важную сентенцию Спинозы «есть старики, которым кроме возраста гордится нечем».

¹⁶ В. В. Ковалев один из ведущих детских психиатров, автор нескольких фундаментальных монографий в этой области. Заведовал кафедрой детской психиатрии в РМАПО, с 1980 по 1993 г. был директором Московский института психиатрии МЗ РФ. Мне представляется, что среди доставшихся мне пяти директоров МНИИП он был ближе других к идеалу руководителя научно-исследовательского учреждения, понимающим принципы производства современного научного знания и ориентированным в основных трендах мировой профильной науки.

«Еретические» картины Николая Ге

Н. Н. Ге (1831 – 1894) выдающийся отечественный художник портретист и картин на религиозные и исторические сюжеты, преподаватель, писатель. Его прадед французский дворянин Мате де Ге (de Gay) бежал в Россию от Великой Французской революции, а Н. Н., получив в Академии художеств две золотых медали с радостью вырвался в 1857 г. на свободу, — в Европу, в Париж, Рим, а потом Флоренцию. Общественное признание пришло, когда в 1863 г. он привез в Санкт Петербург свою «Тайную вечерю». Цензура запретила воспроизводить ее в копиях, как нигилистическую, но ее приобрел император в личную коллекцию, а Академия присвоила ему звание профессора. Прообразом Христа на этой картине стала переработка портретов А. Герцена и певца Г. Кондратьева. С Герценом Ге знакомится спустя 3 года, «онемев от радости» и пишет его портрет — лучший в его творчестве, наряду с предсмертным автопортретом. На рубеже 60 – 70-х гг. Ге возвращается в Россию и принимает деятельное участие в организации Товарищества передвижников. Его картину «Петр I допрашивает царевича Алексея» приобрел П. Третьяков. Ге пишет известные портреты Тургенева, Некрасова, Салтыкова-Щедрина, Костомарова, Антальского, лепит бюст Белинского.

В 1875 г. переселяется в небольшой черниговский хутор, переживая духовный религиозный кризис — надо жить сельским трудом, нельзя торговать искусством. Крайняя нужда и долги заставляют вернуться к портретам богачей. С 1882 г. начинается его дружба и общность убеждений со Львом Толстым, и создает его живописный и скульптурный портреты.

В 1890 – 1892 гг. он создает свои «еретические» религиозные картины: «Что есть истина?», «Иуда. (Совесь)», «Суд Синедриона», «Повинен в смерти» и «Распятие» в нескольких вариантах. Эти картины резко осуждались в прессе, были официально запрещены с подачей К. Победоносцева Александру III, как кощунственные, оскорбляющие религиозные чувства. Но Ге был доволен: он «нашел себя», выработав независимый взгляд на окружающую действительность и собственную манеру письма.

Младший сын Ге женился на родной сестре жены М. Врубеля, — певице Н. Забелый-Врубель. Обоих этих художников, Врубеля и Ге, недооценил блистательный А. Бенуа. Между тем, еретические картины Ге воплощали целое последующее направление взгляда на искусство — иконографию Варбурга¹.

¹ Иконология Аби Варбурга (1866 – 1929) — дитя его грандиозной библиотеки, которая породила новый взгляд на историю искусства, на основе тематического, а не дисциплинарного принципа классификации. Иконология в последние 10-летия приобрела всемирную популярность.



Николай Ге. «Что есть истина?»

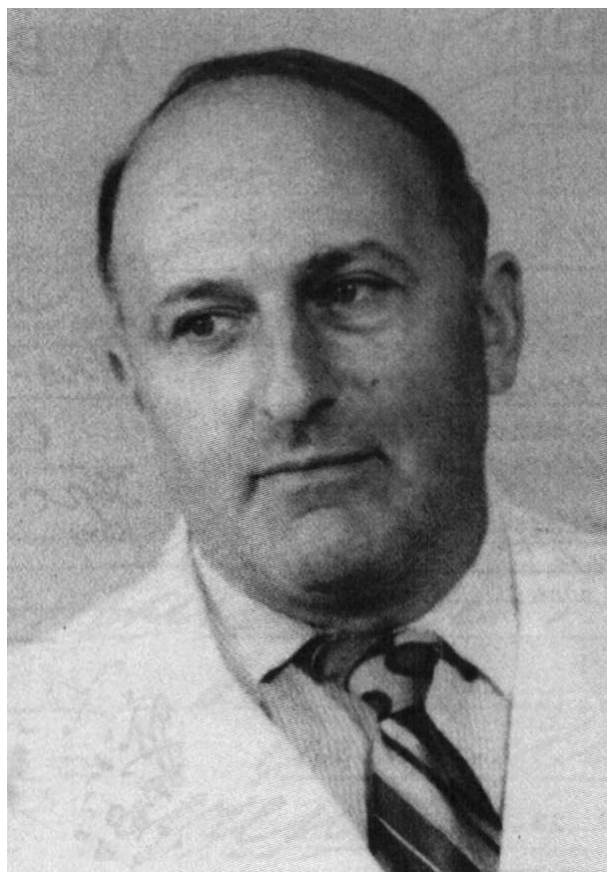


Николай Ге. «Иуда (Совесьть)»



Николай Ге. «Распятие»

Александр Генрихович Гофман **1927 – 2024**



9 апреля 2024 года на 98 году жизни скончался доктор медицинских наук, профессор Александр Генрихович Гофман.

Александр Генрихович родился в Москве на старом Арбате в семье ученых-медиков, работников высшей школы. После окончания 2-го Московского медицинского института в 1948 году специализировался в ординатуре на кафедре академика В. А. Гиляровского. Начав научную деятельность в 1957 году в Институте психиатрии СССР, продолжил ее в НИИ психиатрии МЗ РСФСР (в настоящее время МНИИП-филиал ФГБУ «НМИЦ ПН имени В. В. Сербского» Минздрава России), в котором проработал около 60 лет, возглавляя отдел психиче-

ских расстройств, осложненных патологическими видами зависимости.

Диссертационные работы А. Г. Гофмана являются крупным вкладом в психиатрическую наркологию, а его имя прочно ассоциируется с проблемой исследования алкогольных психозов. Отдельную главу современной психиатрии представляет предложенное профессором Гофманом научное направление, изучающее сочетание психических заболеваний с зависимостью от психоактивных веществ. На этом пути А. Г. Гофманом и его сотрудниками уточнена роль аффективных нарушений в развитии зависимостей, прояснены клинические соотношения между расстройствами шизофренического спектра и заболеваниями, вызванными злоупотреблением психоактивными веществами.

А. Г. Гофман фактически создал школу психиатров, представителей которой можно встретить в нашей стране и за ее пределами. Под его руководством подготовлено и защищено 39 кандидатских и 4 докторские диссертации. Профессор Гофман — автор более чем 320 печатных научных работ. Среди них статьи в Большой российской энциклопедии, монографии: «Алкогольная и наркотическая зависимость», «Клиническая наркология». В книгах «Клинические разборы в психиатрической практике» и «Психиатрия: справочник практического врача» Александр Генрихович выступил не только в роли автора некоторых глав, но и научного редактора. Эти монографии и справочные руководства на протяжении многих лет являются настольными пособиями для ряда поколений практических врачей и научных работников. Они выдержали повторные издания, каждый раз пополняясь современными данными. Труды, вышедшие из-под пера А. Г. Гофмана, неизменно отличались актуальностью и новизной, научной взыскатель-

ностью, последовательностью, ясностью и четкостью изложения.

Большое впечатление на собеседников производили разносторонняя образованность и широкий кругозор Александра Генриховича в области литературы, поэзии, изобразительного искусства. Для Александра Генриховича были характерны богатство

интересов, личная скромность, доброжелательность, деликатность, которые сочетались с высокой внутренней организованностью, научной принципиальностью и продуктивностью.

Светлая память об Александре Генриховиче навсегда сохранится у всех, кто его знал и любил.

Я знал Александра Генриховича с 1963 г. в течение первого десятилетия его работы в Институте и последние 30 лет его жизни, навестив его в феврале этого года. Он очень исхудал, но был совершенно адекватен.

Александр Генрихович был для нас образцом несокрушимого единства ясного ума и высокой чести, профессионализма и рыцарственности, прошедшим через происки погромщиков 70-х годов и конъюнктурщиков в 90-х, когда был заочно устранен с поста главного редактора «Вопросов наркологии» как «слишком» строгий принципиальный критик. Он действительно был настоящим ученым-клиницистом, требовательным прежде всего к себе и учил собственным примером. Непримируемый к халтуре, искажению истории, в частности, роли своего учителя Петра Михайловича Зиновьева, и всему, что роняло авторитет нашего предмета.

Александр Генрихович внес крупный вклад в проблемы алкогольных психозов и различных зависимостей и их лечения.

Таким может гордиться Российское общество психиатров и Институт, к чести которого он — вопреки всем стандартам — работал до 92-летнего возраста в течение 62-х лет.

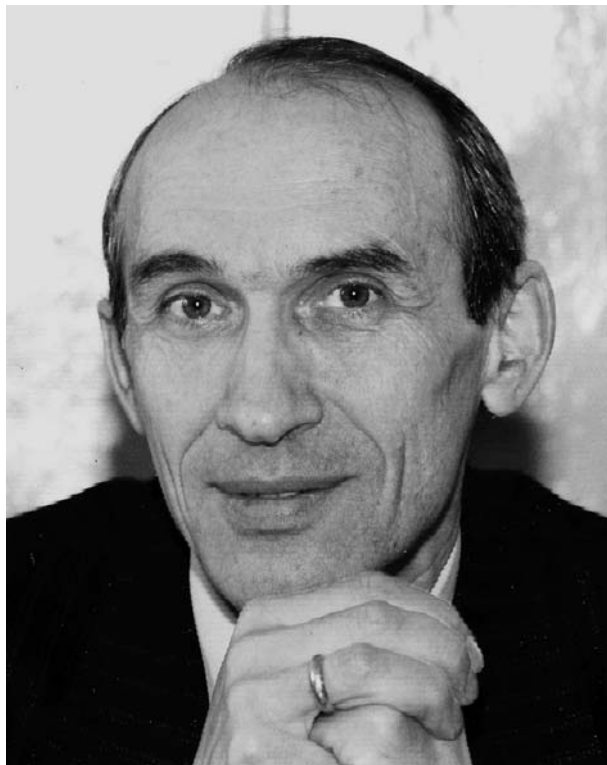
Александр Генрихович не был членом НПА, но поэтому был председателем ее Этического комитета. Он был надежным другом своих сотрудников, заботился о них.

Живя на противоположном от работы конце Москвы, он раньше всех приходил в Институт, а дома много лет ухаживал за тяжело больной женой.

Это неколебимая верность всему, что все мы ценим, — неустаревающий пример и урок для нас.

Ю. С. Савенко

Борис Нафанаилович Пивень 1941 – 2024



С прискорбием сообщаем, что 22 марта 2024 года после продолжительной болезни скончался доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ Борис Нафанаилович Пивень.

Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России, кафедра психиатрии, медицинской психологии и наркологии с курсом ДПО АГМУ, а также Исполком РОП выражают глубокие соболезнования родным, близким и коллегам Б. Н. Ливень.

Борис Нафанаилович родился в 1941 году в Томске. Окончил Новосибирский государственный медицинский институт. С 1983 по 2014 год — заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Алтайского государственного медицинского (института) университета. Кандидат (1971), доктор (1988) медицинских наук, профессор (1989), действительный член (академик) Международной академии наук экологии,

безопасности человека и природы (МАНЭБ) (1996).

Лауреат конкурса российских психиатров (1998), Заслуженный врач РФ (2003). Действительный член Международной Академии наук экологии и безопасности жизнедеятельности, вице-президент Независимой психиатрической ассоциации России, член Президиума Правления Российского общества психиатров, Председатель Алтайской психиатрической ассоциации, член редакционных Советов журналов «Социальная и клиническая психиатрия» и международного научно-практического журнала «Психиатрия, психотерапия и клиническая психология» (Республика Беларусь). Один из основателей нового направления в науке — экологической психиатрии.

Внес значительный вклад в изучение сочетанных форм психической патологии; признанный специалист в области органических заболеваний головного мозга.

Автор более 200 научных и научно-методических работ, в том числе 5 монографий: Сочетанные формы психической патологии. — Новосибирск: Наука, 1998, Экзогенноорганические заболевания головного мозга. — М.: Медицина, 1998, Экологическая психиатрия. — Барнаул, 2001, Смешанные формы психических заболеваний. — Новосибирск: Наука, 2003 (совместно с И. И. Шереметьевой), Коморбидные формы психических заболеваний. — М., 2008 (совместно с Л. М. Барденштейном). Редактор 9 сборников научных работ.

Награжден благодарностью МЗ РСФСР, медалью МАНЭБ «За заслуги в области экологии» (1999).

Светлая память о Борисе Нафанаиловиче Пивень останется навсегда в сердцах тех, кто имел возможность работать, учиться и общаться с ним.

*От Российского общества
психиатров*

Памяти профессора Бориса Николаевича Пивеня

22 марта 2024 г. от нас ушел боевой, беспокойный за судьбы своей профессии, неординарный человек, крупный профессионал — клиницист, педагог и ученый, развивший важное направление психиатрии — сочетанной патологии, достойный продолжатель изучения экзогенно-органических психических расстройств Новосибирской школы Марка Гольденберга и Цезаря Короленко, которого называл учителем и 12 лет ассистентом которого был. Нестандартное и неформальное отношение к делу не раз обрекало его на тернистый путь, но с 1988 г. он реализовал свой незаурядный потенциал и к 20-летию заведования кафедрой психиатрии Алтайского медицинского университета, которую возглавлял 32 года, стал заслуженным врачом РФ.

Активный общественный деятель алтайского здравоохранения и защитник экологии края, объединивший совместные усилия Российского общества психиатров и Независимой психиатрической ассоциации России, как член Президиума Правления РОП и вице-президент НПА, он горячо защищал права психически больных и их врачей.

Мы выражаем глубокое соболезнование родным Бориса Николаевича, его ученикам и соратникам, и вместе с ними сохраним его выразительный образ и его вклад в наше общее дело.

*От имени
Независимой психиатрической
ассоциации России*

РЕКОМЕНДАЦИИ

Ленуар Фредерик. Чудо Спинозы. Философия, которая озаряет нашу жизнь. М., 2024
(Ясное, емкое изложение идей наиболее мудрого, согласно Гете, учителя жизни).

Унамуно Мигель. Евангелие от Дон Кихота. Трагическое чувство жизни. М., 2024.

Бультман Рудольф. Избранное. Вера и понимание. М.-СПб., 2024.

Дворжак Макс. История искусства, как история духа. М.-СПб., 2024.

Лакс М. Дж., Крисп Т. М. Метафизика. Современное введение. М., 2024.

Генон Рене. О традиции в метафизике. СПб., 2024.

Пирси Роберт. Чтение, как философская практика. Ереван, 2024.

* * *

Бинсвангер Людвиг. Два случая. М., 2023.

Франкл Виктор. Неврозы. Теория и терапия. М., 2024.

Франкл Виктор. Гуманистическая психотерапия. М., 2024.

Безумство глазами историков. Антология. Сост. Иосиф Зислин. М., 2024.

Зислин Иосиф. Очерки антропологической психиатрии. М., 2023.

Менделевич Владимир. Психиатрия в лицах пациентов. М., 2024.

* * *

Беттельхейм Бруно. Просвещенное сердце. Автономия личности в тоталитарном обществе. Как остаться человеком в нечеловеческих условиях. М., 2024.

Липавский Леонид. Исследование ужаса. 2024.

Вересаев В. В. На японской войне. М., 2023.

Фомина З. Г., Бородкина Г. С. Страх (Angst) и «груши страха» («Gransbiznen») как этнокультуральные феномены в немецкой и австрийской концептосфере эмоций. СПб., 2024.

* * *

Мечников Лев. Культурное значение демонизма. Душевная гигиена. М., 2024.

Бовуар Симона. Маркиз де Сад.

Батай Жорж. Утопия зла. М., 2024.

Чернавин Георгий. Подобие совести. М., 2024.

Краме Э. А. Этика идентичности. М., 2024.

Шталь В., Шрекер Д., Родригес Р. Этика искусственного интеллекта. М., 2024.

* * *

Брюсов Валерий. Мир семи поколений. М., 2023.

Батлер Самюэль. Едгин. Роман. М., 2024.

Зальцман Павел. Сны. Изд. «Бабель». Тель-Авив, 2023.

Андрей Бабушкин. Правозащитник, политик, поэт. Сост. Ф. Ридницкий. Ярославль, 2024.

Верн Жюль. Блуждающий огонь. Стихи и поэмы. М., 2024.

Оруэлл Джордж. Мысли в пути. СПб., 2021.

Чертова невеста. Сост. Танасейчук Андрей. М., 2024. (Готические рассказы авторов Серебряного века).

ЗАМЕЧЕННЫЕ ОПЕЧАТКИ

НПЖ VI 2023 г.

Стр. 1: искажена фамилия: следует читать «Шмилиовича»

Стр. 23: справа внизу: вместо «психологического» надо «психопатологического»

Стр. 25: справа сверху вторая строка: вместо «шизотимический» надо «шизотипический»

НПЖ I 2024 г.

Стр. 71: правый столбец, 16 строка снизу — пропущен предлог «на»: «число койко-мест и времени на них».

Стр. 87: справа сверху: вместо «пробации» надо «апробации»

Стр. 88: отсутствует подпись под текстом: «Любовь Виноградова»

ABSTRACTS

Irreparable loss of the leader of the Independent Psychiatric Association of Russia In memory of Lubov Vinogradova (03.06.1952 – 27.05.2024)

A dissertation candidate, under the guidance of the famous neurophysiologist Lev Lotash, she was for 35 years the executive director of the IPA of Russia, a member of the EPA and WPA, and for 33 years the editor of the Independent Psychiatric Journal, from 1992 co-founder of the Russian Research Center for Human Rights, which united 10 well-known human rights organizations, for the first 17 years a member of the Public Council of the Country's Ombudsman, organizer of a series of week-long interdisciplinary seminars «Filling the gaps of domestic psychiatry» with the participation of German and American psychiatrists, co-author, together with the MHG, of a grandiose monitoring «Human Rights and Psychiatry in the Russian Federation», published in two books in Russian and English in 2004, and co-author of the book «Preventing Suicides in the Army», adopted as a guide for military psychologists, as well as a large series of books on the topic: «Public Control over human rights observance in Russia's closed institutions» (2007 – 2023).

She was co-editor of four volumes «Clinical analyzes in psychiatric practice» (2006 – 2024) and much more.

Participant of many high-profile forensic psychiatric examinations and complex psychological and psychiatric examinations as a highly qualified psychologist using the methods of B. Zeigarnik, Rt, TAT, MMPI, etc.

In recent years, she has trained members of public monitoring commissions throughout the country from Vladivostok to Kaliningrad check compliance with the rights and conditions of stay in psychiatric hospitals, hospitals for prisoners, psycho-neurological institutions of the social security system, at the same time helping many people in the public reception area of IPAR and interacting with many public organizations.

Her personal qualities as a reliable, bright person, with whom it was always easy, will remain an example of high humane professionalism.

Keywords: Independent Psychiatric Association of Russia, Lyubov Vinogradova, mental health and human rights.

33rd anniversary of the Independent Psychiatric Journal, Herald of the Independent Psychiatric Association of Russia

The uniqueness of the «Independent Psychiatric Journal», regularly published since 1991, is associated with comprehensive coverage of the processes occurring in domestic and world psychiatry both in science and in the profession, in theory and practice in many of its ramifications both in comparative historical and other aspects, as well as a chronicle of current events. But above all in the clinical aspect. This is the only psychiatric journal published in Russia, in each issue of which clinical analyzes are published, as well as critical and acute problems avoided by other journals. The negative aspects of the technological path of development of psychiatry and the destructive statistical priorities of ICD-11 are analyzed. This is a journal reflecting the history of Russian psychiatry and the activities of the IPA of Russia in the turbulent times of the last thirty-odd years.

Keywords: Independent Psychiatric Association of Russia, Independent Psychiatric Journal, specialization of journals.

The symptom complex of false recognitions (clinical variants and their diagnostic significance)

V. I. Krylov (Saint Petersburg)

The publication analyzes the clinical manifestations of the symptom complex of false recognitions observed in both neurotic and psychotic mental disorders. It is emphasized that recognition and identification disorders can also be observed in persons without mental disorders. The structural features and dynamic characteristics of false recognitions are highlighted, which have diagnostic and prognostic significance in syndromic and nosological diagnostics.

Keywords: general psychopathology, symptom complex, false recognitions.

Konstorum readings

The annual, already 28th psychotherapeutic conference, under the auspices of the IPA, Creative Expression Therapy by Mark Burno, dedicated to the topic «What is GOOD and BAD in psychotherapy,» touched on a wide range of boundary issues, where the rich experience of the speakers allowed them to avoid possible mistakes.

Keywords: psychotherapy with creative self-expression, costs of psychotherapy, psychotherapy in Russia